

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0025030

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23910**

Matricule : **1654** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BOUDOU FAROUK**

Date de naissance : **02.09.1951**

Adresse : **8 IMPASSE TAHA HOUCINE GAUTIER**

**CASA**

Tél. **0661411094** Total des frais engagés : **404,20 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/03/2020**

Nom et prénom du malade : **BOUDOU FAROUK** Age : **68 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **prostate**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : **CASA** Le **04/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/03/20	C	2	garant	 <p>Dr. Youssef TIBARI CHIRURGIE - UROLOGIE 187, Bd Abdelmoumen, 10 - Sème étage Casablanca - Tél: 05 22 27 35 95</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE MENA MOUNIA Immeuble EL KASSER MENA MOUNIA 29, Rue Hassan Soukani Tél: 05 22 27 17 03 - Casablanca</p>	4/3/20	4046

INPE 092.017.201

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

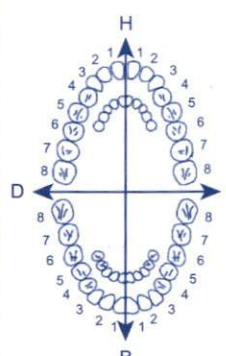
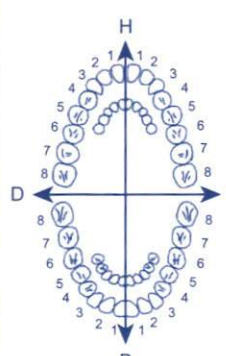
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Doct

Chirurgie  
Chirurgie  
Endoscopie

Traitement du calcul stérilité chez l'homme  
Ex. interne et chef de clinique  
de CHU de Rennes - France

الدكتور يو

اختصاصي في جراحة  
جراحة الكلى والتشخيص  
علاج الحصى بالأشعة والمند  
علاج العقم عند الرجال  
خريج كلية الطب رين بفرنسا  
جراح سابق بالمستشفى الجامعي رين بفرنسا

Casablanca, le 04 mars 2020 : الدار البيضاء، في :

Mr. BOUDOU Farouk

1/ PERMIXON 160 mg

1gel fois 2 pendant 1 mois

2/ TAMSULOSINE WIN

un cp par j au coucher pendant 1 mois

153,30 x 2

98,00

404,60

صيدلية كميليا  
PHARMACIE CAMELIA  
Mme. LEMSESSANI NADIA  
29, Rue Hassan Soukri  
Tél: 0522 27 47 07 - Casablanca

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 980400  
LOT: 19500TV  
PER: 03 2022  
112898062237

187, شارع عبد المومن رقم 19, الطابق الخامس، أمام «محطة كلية الطب - ترامواي» - الدار البيضاء  
187, Bd Abdelmoumen N° 19, 5ème Etg. En face «Station Faculté de Médecine Tramway» - Casablanca

المحمول : 06 33 20 07 05 / الهاتف : 05 22 48 77 71 / 05 22 27 35 95

الموقع الإلكتروني : [www.urologie-tibari.com](http://www.urologie-tibari.com) / البريد الإلكتروني : [tibari.urologie.casa@gmail.com](mailto:tibari.urologie.casa@gmail.com)