

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 065578

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280 Société : RAY 135635

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRY REDOUANE

Date de naissance : 11/04/1953

Adresse :

Tél. : 0677945663 Total des frais engagés : 1136,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : HBP + ICCU Age :

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

Nature de la maladie : CHOUKRY REDOUANE

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 : Beersheva Le : 02/11/2022

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
20/10/22	G	G	250-	 Dr. EZZAIDI Chirurgien Urologue Andrologue (الطبيب المختص في جراحة المسالك البولية)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Mosquée Riad Dr. Siham TAMIR N° 12 Mosquée Riad Tél / Fax : 88 22	20/10/22	88600

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	

LOT : 9112
PER : 05-25
P.P.V : 180 DH 00

Veca®
Solifénacine succinate

10 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

Adultes

LOT : 9112
PER : 05-25
P.P.V : 180 DH 00

Veca®
Solifénacine succinate

10 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

Adultes

153,30
Permixon 160 mg
BOÎTE DE 30 GÉLULES



153,30
Permixon 160 mg
BOÎTE DE 30 GÉLULES



CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

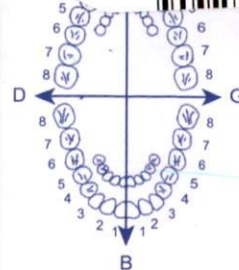
30 gélules à libération prolongée
0.4 mg

21433552
00000000
00000000
11433553

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 gélules à libération prolongée
0.4 mg



(Création, remont, adjonction...)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles . Ejaculation précoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول اللاإرادي

- حالات وجود الدم في البول

- الام واورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 20/10/2022

Mr. CHOLEKRY REDOUANE

189,00 x 2

1) Veca 10 mg x 1/j 2 mois.

109,70 x 2

2) Contiflo 0,4 mg x 1/j 2 mois.

153,30

3) Permixon 160mg x 1/j 2 mois.

T, 886 00

الدكتور الزايدى نبيل
Dr. EZAIDI NABIL
جراحة الكلى و البروستات
و المسالك التناسلية
Chirurgien Urologue-Andrologue
40 شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)
تجزئة تيسير 2 - برشيد . الحاتف : 05 22 03 05 35

40, شارع عبد الرحيم بوعبيد . الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)

تجزئة تيسير 2 - برشيد . الحاتف : 05 22 03 05 35