

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 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 |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 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



COUPE ROYAL AIR MAROC

Déclaration de Maladie

197991 M22- 0043894

Maladie longue durée

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIMOU YASSIN

25/03

Adresse : 10e Urban NSR Quai des Rayas du Port de Casablanca
no 1711 NSR Casablanca

Tél. : 066 135 74 09 Total des frais engagés : 356,00 Dhs

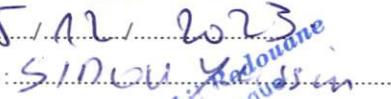
Cadre réservé au Médecin

Professeur Rabi Redouane

Chirurgien Urologue
Cabinet d'Urologie

091037705

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : SIMOU YASSIN Age : 1957

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

14/3

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 15/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/12/23 | CS | 1 | 10000 | Dr Rabii Redouane Spécialiste en Urologie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  DR. RYACHI MERYEM 67 ZOUANE TEL: 05 22 53 79 68 TEL: 092089903 | 15/12/1993 | 556,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

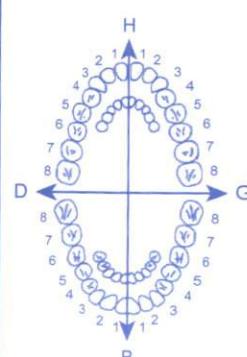
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l-

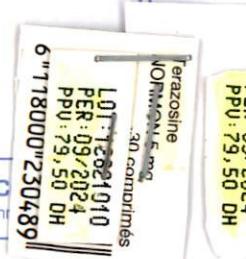
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|----------------|---|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Pr.RABII Redouane

Chirurgien Urologue

Ordonnance

Casablanca, le

15/12/23



Nom :

Age :

Sexe :

7,5,70

YK/IN



79,50

Teughr (3)

14/11/2023

16m,11

556,50

Pharmacie MAPERLA
DR. RYACHID MERYEM
90 ZOUNNE
TEL: 05 22 53 79 68
INPE : 092089903

Professeur Rabii Redouane
Chirurgien Urologue
Cabinet d'Urologie
063756



CABINET D'UROLOGIE

Résidence Kawtar, 62, Rue EL Kadi Lass
3ème étage (au-dessus Oliveri)
Maarif - Casablanca - 20370

RDV le :



+212 668 68 60 79
+212 522 25 20 25



contact@redouanerabii.com
www.redouanerabii.com

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

SIMOU YASSIN

Matricule :

4130

N° CIN :

Adresse :

Pole Urbain NSR Quai des Rayas n°174 Nouaceur Casab

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : *Prof. Rabii Redouane* Spécialité : *Chirurgien Urologue*

 N° ICE : *100000000000000000* N° INPE :

 Certifie que Mlle, Mme, M. : *SIMOU YASSIN*

 Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HBP

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Teezosine 89 mg/1d 6m

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : *CMI* le *18/12/23*

Cachet et signature du médecin traitant :

 Professeur Rabii Redouane
 Chirurgien Urologue
 Cabinet d'Urologie

91037705

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées