

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



Déclaration de Maladie

M22- 0042883

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA 188659
Date de naissance : 26/02/1962
Adresse : Habituelle
Tél. : 0662550569 Total des frais engagés : 1000,00 + 190 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2023
Nom et prénom du malade : Age : 62
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : H.B.P.
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 023
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 : DEROUA Le : 28/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02-12-23 | Consultation Echographie | | 4.000,00 600,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 02/12/2023 | 490,00 |

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>*35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

Pr. RABII Redouane
Chirurgien Urologue

Ordonnance

Casablanca, le 02-12-23

Professeur Rabii Redouane
Chirurgien Urologue
Cabinet d'Urologie

30 comprimés pelliculés
6 118000 072553

Nom : DiBonne
Age : El Mostafa
Sexe :

490,-

Pectin 5mg
(1S)

19 / 18h

at Amis

PHARMACIE CENTRALE
Lot. Laâyoune I N°3
Deroua
Tél: 05 22 53 26 00

PHARMACIE CENTRALE
Lot. Laâyoune I N°3
Deroua
Tél: 05 22 53 26 00



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



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



contact@redouanerabii.com



www.redouanerabii.com

RDV le :

Professeur Rabii Redouane
Chirurgien Urologue
Cabinet d'Urologie

Pr.RABII Redouane

Chirurgien Urologue



FACTURE N 120

DATE 02/12/23
NOM/PRÉNOM
Mr diboune el mostafa

TÉL:
ÉMAIL :
ADRESSE :

| CODE | DESCRIPTION | QUANTITÉ | PRIX | SOUS-TOTAL |
|-----------------------|--------------|----------|--------------|------------|
| VISITE DU : 02//12/23 | | | | |
| | CONSULTATION | 1 | 400,00 | 400,00 |
| | ECHOGRAPHIE | 1 | 600,00 | 600,00 |
| | | | TOTAL | 1000,00 |

Arrêté le présent document à la somme de : MILLE DIRHAMS

Professeur Rabii Redouane
Chirurgien Urologue
Cabinet d'Urologie



CABINET D'UROLOGIE
Résidence Kawtar
62, Rue EL Kadi Lass (à Côté Oliveri)
Maarif - Casablanca - 20370

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

RDV le :
@ contact@redouanerabii.com
www.redouanerabii.com

CENTRE D'UROLOGIE
PROFESSEUR RABII REDOUANE

----- ECHOGRAPHIE VESICOPROSTATIQUE -----

Info Patient

Nom: Diboun el mustafa

ID Patient: 20231202000

Âge:

Genre: N/A

Date d'examen: 02-12-2023

MedecinAct:

Ref.Medecin:

Opérateur:

Image



Annotation

RC:Dysurie .

RESULTATS :

Vessie pleine ,de grande capacite .

Paroi reguliere .

Pas d'anomalie endovesicale .

Pas de calcul vesical .

Prostate a 60 g, avec lobe median ,IPP grade2

RPM 100 CC

CONCLUSION: 1

Prostate augmentee de volume a 60 g, avec lobe median grade II et un RPM 100 CC

[Handwritten signature]
Centre d'Urologie
Professeur Rabii Redouane