

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-668373

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : F.A.D.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAFRINDI Mohamed

Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL JADIDA

Tél. : 0661 463932 Total des frais engagés : 350 + 377,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdelaziz FETTAHI
Chirurgien Urologue
Centre Ibn Badis B - N° 25
El Jadida - Tél : 0523 35 50 16

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI MOHAMED Age : 1948

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

Nature de la maladie : TUBA

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 : EL JADIDA

Le : 16/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-668373

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1178
Nom de l'adhérent(e) : LAFRINDI
Total des frais engagés : 350 + 377,70
Date de dépôt :

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
16/05/22	CH		350 DH	INP : 11111670210

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



16/05/22

377,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

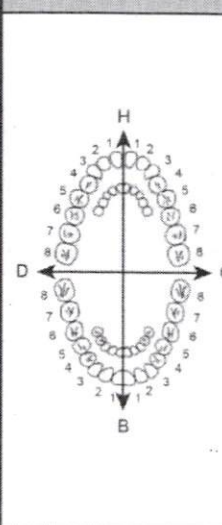
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

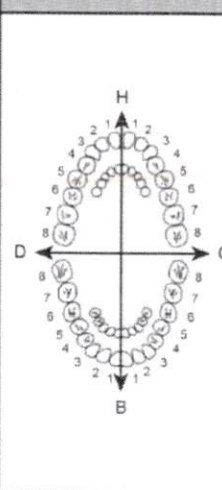
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz FETTAHI

Chirurgien Urologue

Reins, Vessie, Prostate, Endoscopie, lithotripsie,
Incontinence urinaire, Impuissance, Infertilité,
Organes génitaux



الدكتور عبد العزيز فتاحي

اختصاصي في طب وجراحة الكلى
المسالك البولية والتناسلية

الكلى، المثانة، البروستات، الجراحة بالمنظار،
تكسير الحصى بالأشعة، السلس البولي، العجز الجنسي،
العقم، الجهاز التناسلي

El Jadida Le : 16/05/2022

LAFRINDI Mohamed

74,80 \

74,80 \

74,80 \



74,80 x 3 = 224,14
Megaflow 800 → V (15J)
1 - 8 = 2 1/2

153,30 \

153,30

Permian 160 → S (15J)
1 - 8 = 2 1/2



tot: 377,7



Dr. Abdelaziz FETTAHI
Chirurgien Urologue
Centre Ibn Badis B - N°25
El Jadida - Tel: 0523.35.50.16

INPE : 111167920 - ICE : 001962225000064

0523 35 50 16 : الهاتف - الجديدة - رقم 25 - مركز ابن باديس ب

Avenue Ibn Badis, Centre Ibn Badis B - N°25 - El Jadida Urgence : 0611 04 68 68 - Email : dr.fettahi@gmail.com

Eljadida le 16/05/2022

IDENTIFIANT FISCAL : 14409618

ICE : 001962225000064

Numéro de Facture : 122022362

FACTURE

Patient (e) : LAFRINDI MOHAMED

ACTS : CONSULTATION + ECHOGRAPHIE

HONORAIRES : 350dhs

MODE DE REGLEMENT :

CHEQUE

ESPECE

SIGNATURE


Dr. Abdelaziz ETIA
Chirurgien Urologue
Centre Ibn el Jalis B - N°25
El Jadida - Tél. 06933550.16

16/05/2022

Patient(e) LAFRINDI MOHAMED

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

- **Rein droit** : De taille et d'échostructure normale, bonne différenciation cortico-médullaire, pas de dilatation des cavités pyélo-calicielles.
- **Rein Gauche** : De taille et d'échostructure normale, bonne différenciation cortico-médullaire, pas de dilatation des cavités pyélo-calicielles
- **Vessie** : De bonne capacité, paroi fine

Prostate : Hypertrophie prostatique d'environ 140cc

AU TOTAL :

Hypertrophie prostatique d'environ 140cc sans retentissement sur le haut appareil urinaire


Dr. Abdelaziz FETIAH
Chirurgien Urologue
Centre Im Badi 8 - N°25
St. Paulin - Tel: 34 33 35 50 16