

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

- Reclamation : 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

N° W21-668373

M 8508

06

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1178</u>	Société : <u>R.A.D.</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>LAFRINDI MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>01/08/1948</u>			
Adresse : <u>EL JADIDA</u>			
Tél. <u>0661 46 39 32</u> Total des frais engagés : <u>350 + 377,70 Dhs</u>			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Docteur Abdelfaziz FETTAHI Chirurgien Urologue Centre Ibn Badis B - N°25 El Jadida - tél : 0523 35 50 16</p>			
Cachet du médecin :			
<p>Date de consultation : <u>Le 16/05/2022</u></p>			
<p>Nom et prénom du malade : <u>LAFRINDI MOHAMED</u> Age : <u>1948</u></p>			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : <u>TUBA</u>			
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 :	<u>1178</u>
Nom de l'adhérent(e) :	<u>LAFRINDI MOHAMED</u>
Total des frais engagés	<u>350 + 377,70</u>
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16/05/21	FS ECHO		350 D.H.	INP : 11111679320

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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،
القمع، الجهاز التناسلي

74,80

74,80

74,80

El Jadida Le :

16/05/2022

LAFRINDI Mohamed

$$74,80 \times 3 = 224,4$$

Megaflux $\frac{800 \rightarrow 8}{1-8 \times 2/6} (15J)$

SV

153,30

$$\text{Perm: } \frac{160 \rightarrow 8}{181 \times 2/6} (15J)$$

SV

tot: 377,70



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

INPE : 111167920 - ICE : 001962225000064

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

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. Abdetazziz El Jadida
Chirurgien Urologue
Centre Ibn Battûta B - N°25
El Jadida - Tel: 0525 35 50 14

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 FETTAH
Chirurgien Urologue
Centre Ibn Badis B - N°25
33 Avida - 1013 2623 35 59 16