

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

112137



Déclaration de Maladie : N° P19-0021051

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : RAA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

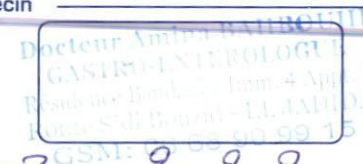
Nom & Prénom : LAFRINDI Mohamed Date de naissance : 01-08-48

Adresse : EL JADIDA

Tél. : 0661463932 Total des frais engagés : 350,00 + 599,30 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI Mohamed Age : 1948

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

Nature de la maladie : gastrite + colopathie

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 : 02/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/03/22	EST	1	3500dh	

INPE 111052288

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/22	599,30.DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

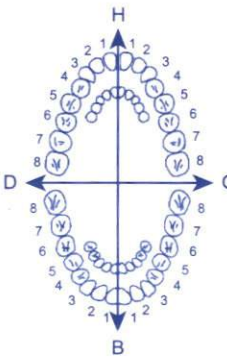
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة أمينة بجبوح
متخصصة في أمراض الجهاز الهضمي، خريجة جامعة ليون بفرنسا

Dr. Amina BAHBOUHI

Spécialiste des maladies de l'Appareil Digestif
Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon France

Estomac, Intestin, Hémorroïdes et les
Maladies du foie, du pancreas et de la
Vesicule biliaire
Echographie + Endoscopie
Medecin Assermentée près les Tribunaux



المعدة، الأمعاء، والبواسير
أمراض الكبد والمرارة والبنكرياس
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي
طبيبة محلقة لدى المحاكم

El Jadida, le : 02/03/22. (الحددة، خ)

VITABACTER®

N° DE LOT / BATCH N°
DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE
À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE
PPC: 250.00 dhs

AGAZ

N° DE LOT/BATCH N°:
DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE:
À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE:
PPC: 96,00 dhs 1/v1

42230

El frinoli Thomas

250,00
→ vitabacter: Agel x 1 cp x 3
122,30
→ Dicel 1 cp x 3
96,00
Agaz 1 cp x 3
29,00
→ Nausea 1 cos - 4
102,00
ulcer 1 gel x 1
102,00

LOT 4933
UT. AV : 11 - 23
P.P.V: 29 DH 00

LOT: 21152
PER: 06/2024
PPV: 102,00 DH

599,30

طريق سيدي بوزيد إقامة بن دغة - عمارة 4 - الطابق الأول - رقم الشقة 3 (أمام مصحة الضمان الإجتماعي) - الجديدة
Route Sidi Bouzid, Résidence Ben Dagha Imm. 4 Apprt 3 - (Enface de la polyclinique) - El jadida
GSM : 06 68 90 99 15 - 05 23 36 18 29 : الهاتف - Email : bahbel3@hotmail.com

DR BAHBOUHI AMINA

Médecin expert près les tribunaux

Rue et residence Ben Dagha imm 4 appart 3

Route Sidi Bouzid

TEL 0668909915

E mail: bahbel3@hotmail.com

El jadida le

02/03/22

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Nom et prenom :

Mr LAFRINDI - Mohamed

FOIE :

d'échotexture homogène

Vesicule biliaire :

caliculis

Voies biliaires :

non dilatées

Reins :

1 RAS

Rate :



Docteur Amina BAHBOUHI
GASTRO-ENTEROLOGUE
Rue et Residence Ben Dagha Imm 4 Appart 3
Route Sidi Bouzid EL JADIDA
GSM: 06 68 90 99 15

DR BAHBOUHI AMINA

Médecin expert près les tribunaux

Rue et residence Ben Dagha imm 4 appart 3

Route Sidi Bouzid

TEL 0668909915

E mail: bahbel3@hotmail.com

El jadida le

02/03/2022

FACTURE

Reçu la somme de trois cent cinquante dirhams de

M

Mr. Lefrendi Mohamed

Pour consultation et echographie

Docteur Amina BAHBOUHI
GASTRO-ENTEROLOGUE
Résidence Bendagha Imm. 4 App. 3
Route Sidi Bouzid - EL JADIDA
CSM: 06 68 90 99 15

TO: LAFRINDI MOHAMED
DR. BAHSOUHI

02.03.2022
12:38:34
ABDOMEN

C37-3.7



5/ 80
19.7cm