

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-720420

165322

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9408	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOMA B.DELLAH CHIPIA			
Date de naissance : 03/09/49			
Adresse : 26, Rue Sidi El Chouane Gujda			
Tél. : 0666120569	Total des frais engagés : 144,50 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr ZIZZI Mohammed Hepato-Gastro-Enterologue 26 Bd Echouhada (en face polyclinique CNSS) Tél: 05 36 68 66 18			
Date de consultation : 29 MAI 2023			
Nom et prénom du malade : Zoumata Abdellah chihip Age: 73			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : GASTROSES A HP			
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 : **20/05/2023**
Signature de l'adhérent(e) : **efchifi**

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
9 MAI 2023	Contrôle	Contrôle	Contrôle	INP : <input type="text"/> INPE: 081152290

Montant Total des Honoraires.	Montant Total attestant le Paiement des Actes
	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> INPE: 08115229

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 شارع ٢٣٦٧٥٣٦٥٣٦٦٨٤٣٩٩ / Fax: ٠٥٣٦٧٥٣٦٥٣٦٦٨٤٣٩٩ ٠٥٣٦٦٨٤٣٩٩ - وحدة	Date: 27/05/2023 Time: 22:51	Montant: 144,150 INPE: 082043118

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date
10/27/57
291051

Montant de la Facture
144,50
INPE: 082043118

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

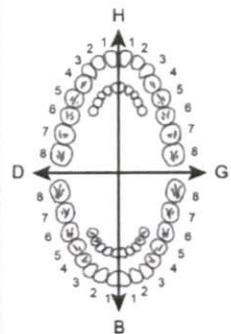
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

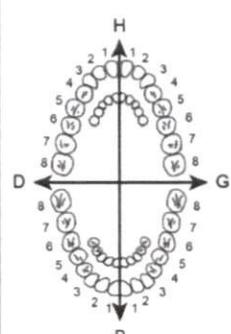
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



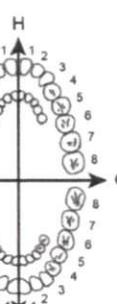
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	$\begin{array}{c cc} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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

Dr. Mohammed ZIZZI
Spécialiste en Hépato-Gastro-Enterologie et en Proctologie

**Endoscopie digestive
Echographie abdominale**

Ancien médecin Spécialiste au CHU Ibn Sina - Rabat

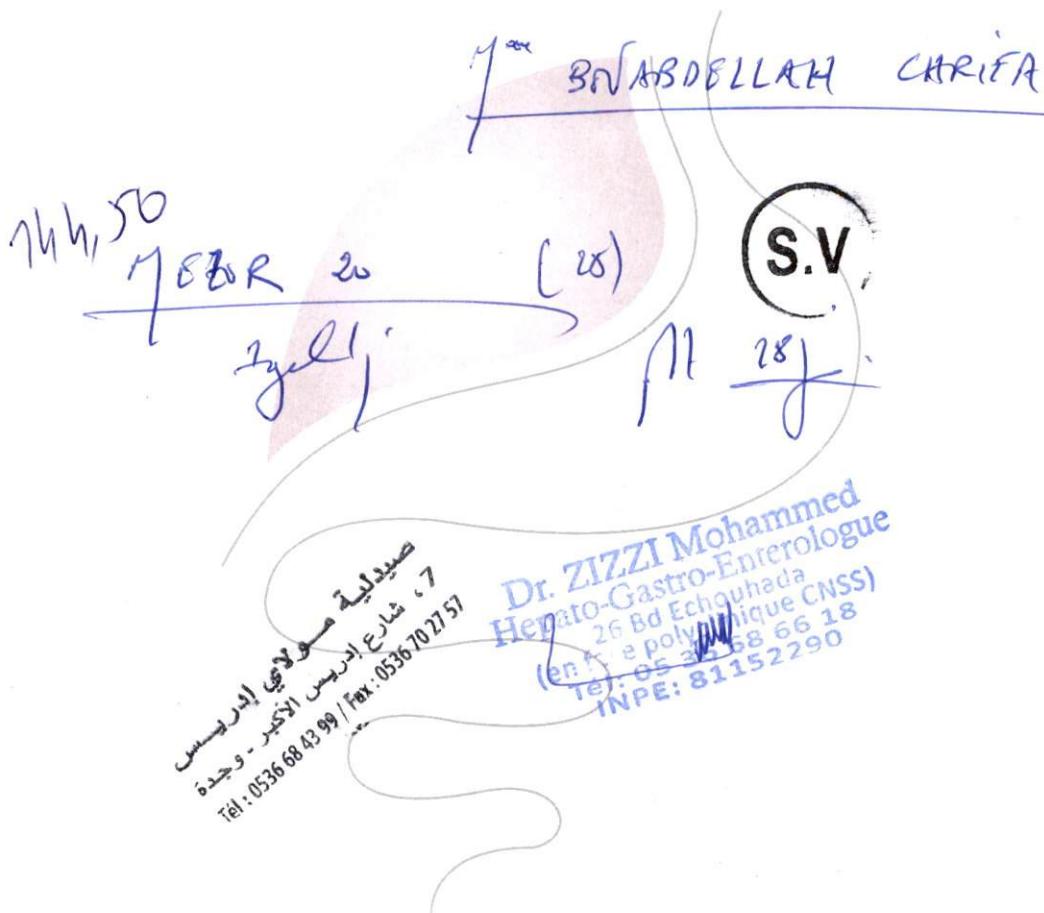
Ancien médecin chef à l'hôpital Al Farabi - Oujda



LOT 221250
EXP 04/2024
PPV 144.50DH

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا، برباط
رئيس قسم الجهاز الهضمي سابقًا بمستشفى الفارابي، وجدة

Oujda le : 20 MAI 2023 وحدة في:



إقامة الحاجة ربيعة، 26 شارع الشهداء، الطابق الأول ، شقة 1 ، فوق صيدلية بوليكلينيك وجدة CNSS
Imm Hajja Rabia, 26 Bd Echouhadae, 1er étage, appt 1, au-dessus de la pharmacie Polyclinique
(en face de la polyclinique CNSS) -INPE : 081152290 - Tél: 05 36 68 66 18