

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-720394



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 91108 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUABDELLAH A. Chouaib - 774109

Date de naissance : 03/09/1974

Adresse : 24, Rue chechouane Gujida

Tél. : 066 61 20 512 Total des frais engagés : 684,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. ZIZZI Mohammed
Hepato-Gastro-Enterologue
26 Bd Echouhada
(en face polyclinique CNSS);
Tél: 05 36 68 66 18

Cachet du médecin :

Date de consultation :

31 MAIT 2023

Nom et prénom du malade :

Zoumata Ben Chafa - 73 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HP Bénoite

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 : 6/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Chouaib

Le : 31/08/2023

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
13/07/2023	CS		200	INP : INPE: 081152290

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة مولاي ادريس 7، شارع ادريس الكبير - وجدة	01/09/2023	334.80.

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Z. Zizi Hepato-Gastro-Enterologue 26 Bd Eethothada Le polyclinique CNSS 36 68 66 18	10/11/2023	Perfus	100,-

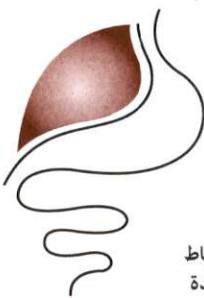
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	INP : <input type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE 				
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				CŒFFICIENT 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



الدكتور محمد زizi

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(الكبد - المعدة - الأمعاء)

المنضار الداخلي.

الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية.
علاج أمراض الشرج والبواسير.

طبيب أخصائي سابق بمستشفى الجامعي ابن سينا ، الرباط
رئيس قسم الجهاز الهضمي سابق بمستشفى القارابي، وجدة

Oujda le : 31 AOÛT 2023

و جهة في:

1^{er} BOUABDEL LAZI CHRIKI

11370

① RANIEPHEX 20g (28)

1cp/j le m/j

5850x3

صيدلية مسولاوي إدريس
7، شارع إبرهيم الأكابر - وجدة
Tél: 0536 68 43 99 / Fax: 0536 70 27 57

S.V

② ALPERIDE 50

1cp/j

MT 3rs

S.V

2130x2

AZOLE 400 (2)

1cp 10j

350 0119123
0536 70 514

S.V

334,80

إقامة الحاجة ربيعة، 26 شارع الشهداء، الطابق الأول ، شقة 1 ، فوق صيدلية بوليكلينيك و قبالة CNSS وجدة
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

ZZI
gastro-
logie

59,10

ale

21,30



ALPER

AMISULPRIE

30 c

6 1180

59,10

14 523 1423

14 523 1423

14 523 1423

RAN

28 cc

PPV: 113 DH 70

trier.
lits.

6 118001 300808

1 mg

sécables

20865

31 AOUT. 2023

59,10

Nom: Bouabdellah

onge

facture:

compt

Echograp

200,-

100,-

300,-

Dr. ZIZZI Mohammed
Hepato-Gastro-Enterologue
26 Bd Echouhada
(en face polyclinique CNSS)
Tél: 05 36 68 66 18

إقامة الحاجة ربيعة، 26 شارع الشهداء، الطابق الأول ، شقة 1 ,
er étage, appt 1, au-dessus de la pharmacie Polyclinique
CNSS) -INPE : 081152290 - Tél: 05 36 68 66 18

