

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.

N° W21-795075

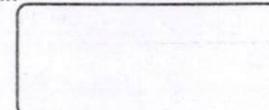
Coupe

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1922	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOHAMMED
Nom & Prénom : ECHIZIJI MOHAMMED 191245			
Date de naissance : 01/06/1952			
Adresse : HAY AZHAR IMMF APP 54 AV. IBN KHALDOUN			
Tél. :	031 608347	Total des frais engagés :	676,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : Age: 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie opérée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : 13/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-795075

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 : 1922
Nom de l'adhérent(e) : ECHIZIJI
Total des frais engagés : 676,00
Date de dépôt :

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
18/11/1993	CS		3000 Dh	INP : CHI HASSAN II - Fes INPE : 141186694
18/11/1993	F. C		10000 Dh	Hôpital International de Fès

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ALTAZUR - SNCI - Hôpital International de Fès - Route d'Imzouren - 30000 Fès - Tél : 05 72 48 46 - Fax : 05 35 73 72 - action@hopital-international-fes.ma</i>	<i>(2) 24/2/23</i>	<i>276,00 Dhs</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.



AKDITAL

Hôpital International de Fès
المستشفى الدولي لفاس

Fès, le... 13.12.23

El Azaizi Mohammed

Pr. M. MESSOUA
Chirurgien Cardio - Vasculaire
CHU HASSAN II - Fès
INPE : 141185694

- | | | |
|----------------|------|----|
| 1. Icandigre + | 15' | 9. |
| 2. Lantialan | 18/1 | 9 |
| 3. Aldesopha | 18/1 | 9 |
| 4. Candesartan | 15' | 9 |
| 5. Coenzym Q10 | 18/1 | 9. |
- 02,00 + 3 = 276,-
276,-

Pr. M. MESSOUAK
Chirurgien Cardio - Vasculaire
CHU HASSAN II - Fès
INPE : 141185694

Soluna II route immouzer, en face Pharmacie El Kadi, Fès
Tél. : 05 35 72 48 48 - Fax : 05 35 73 67 38
E-mail : direction@hopital-international-fes.ma
Site web : www.hopital-international-fes.ma

HOPITAL INTERNATIONAL DE FES



030065312

FES Le : 13-12-2023

Facture N° 16489/23

A. Identification

N° Dossier : HIF23L13165839 N° Identifiant : 008774/23

Nom & Prénom : M. EL AZAIZI MOHAMMED

C.I.N : C46457

Adresse : IMM F APPT 4 HAY AZHAR AV IBN KHATIB FES

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-12-2023

Date Sortie : 13-12-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . MESSOUAK MOHAMMED

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
			Total Rubrique :			100,00
PARTIE CLINIQUE :						
						100,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MESSOUAK MOHAMMED (CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE)		300,00			300,00
			Total Rubrique :			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL	400,00
--------------------------------	--------

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

hôpital International
de Fes (3)
Adresse : Lotissement Soluna 2 route d'Imouzer Fe
Tél : 05 35 72 48 48 Fax : 05 35 73 67 38
E-mail : direction@hopital-international-fes.ma - Site Web : - PATENTE : 36366760 - IF : 53698646 - ICE : 003244066000054 - RIB : 127 270
2121173080870012 28 - N° CNSS : 4763465

HOPITAL INTERNATIONAL DE FES

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 13-12-2023

DR. MESSOUAK Mohammed
Spécialité : CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
N° Patente : 141185694
Identifiant fiscal :
ICE :

PATIENT : M. EL AZAIZI MOHAMMED

HONORAIRES : 300,00 Dh
(TROIS CENTS DIRHAMS)

Pr.M.MESSOUAK
Chirurgien Cardio -Vasculaire
~~CHU HASSAN II - Fès~~
INPE : 141185694