

Identification	Norm & Prénom : KADIRI LALLA NOUZZHA	C.I.N. : A202766
Organisme : MUPRAS		
Diagnostic : FIBROSCOPIE		

INTERVENTION						Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
FIBROSCOPIE								1	1650			1 650,00
						Sous Total						1 650,00
						TOTAL PARTIE CLINIQUE						1 650,00
						TOTAL GENERAL						1 650,00

NB:

HOPITAL PRIVE EL JADIDA
L'Aérodrome Ouassat El Jadida
Lot 32/E Im.N° 2
Tél : 05 23 36 78 78
Fax : 05 23 34 19 21

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



Déclaration de Maladie
N° P19- 0039872

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age : ☐ Adulte ☐ Enfant

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039872

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



AKDITAL

Hôpital Privé El Jadida
المستشفى الخاص الجديدة

El Jadida, le 03/02/2023

Mu KHAIRI Lalla Nourah,

ATC de métastase gastrique
+ chagastros.

Médecine de l'adulte endocrinologie
ou pathologie intestinale / 33,

et au demandeur de faire un
changement sur FELD par sédation,

DOCTEUR FENIRO MEDICIN
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SPECIALISTE
TEL: 05 23 36 78 78 - 05 23 34 19 21

EL JADIDA

DOCTEUR FENIRO MEDICIN
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SPECIALISTE
TEL: 05 23 36 78 78 - 05 23 34 19 21

EL JADIDA

L'aérodrome, Ouassat El Jadida lot 32/E Im. N°2
Tél. : 05 23 36 78 78 - Fax : 05 23 34 19 21
E-mail : direction@hpejladida.ma
Site web : www.hpejladida.ma

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

لا تزهة
الفادري

مزدلة طارق
ب الرباط حسان الرباط

LALLANOUZHA
KADIRI
Née le 03.01.1961

a RABAT HASSAN RABAT

السيور العام للأمن الوطني
عبد اللطيف حموشي

Validé jusqu'au 21.10.2030
صالحة إلى غاية 21.10.2030

N° A202766 رقم

CAN 261781





