

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

- 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.

N° W19-522970

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : <u>11115</u>	ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>NABIL</u>
Nom & Prénom : <u>AZZEHZI</u>		Date de naissance : <u>05/06/72</u>	
Adresse : <u>LOT EL KITADRAOU RUE 6 NR 6 AZEMMOOR</u>			
Tél. : <u>0697768787</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>Dr. Naiat LAKHIB Hépato-Gastroentérologue proctologue</i>			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Obesité chronique obnubilante</u> Age : _____			
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 : CA

Le : 14/09/20

Signature de l'adhérent(e) : CJ

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
				INP : 111234567890
				Dr. Najat LALI Hépato-Gastroenterologue Proctologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr.NAJAHWARI RADILOGUE INPE: 11187944	23/07/2026	en moy	200/-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

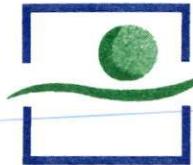
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مستشفى بدون تدخين

BON D'EXAMEN

Nom et Prénom : A22ETH121 Nabi

Service hospitalier :

N° d'Entrée : .

Renseignements Cliniques :

Suspicio sub varice oesophagea

Geode T

Examens demandés

Echo Adorinah

Medecin traitant
Dr. Najat J. KHRIB
Hépatogastroentérologue
Gastro-entérologue
Dr. KHRIB



N° IPP :	294447	N° SEJOUR :	200013857	FACTURE N° 2003004189				DATE D'ENTREE :	23/07/2020	DATE DE SORTIE :	23/07/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	AZZEHIZI,Nabil				UF:	5003 RADIOLOGIE					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00	

Intervenant :	10000109 JAWHARI NAJIB (RADIOLOGUE)			TOTAUX :	200.00					200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	23/07/2020	EDITEE LE :	23/07/2020	PAR :	MOSTA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA				
						BANQUE :	BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA				
						N° compte bancaire :	011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA				

**POLYCLINIQUE DE LA CNSS
EL JADIDA**

**NOM : AZZEHIZI
PRENOM : NABIL
DATE : 23/07/2020**

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Le foie, les reins, la rate et le pancréas sont de taille et écho structure normales.
 - Tronc porte à 11.5 mm.
 - Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.
 - Voies biliaires non dilatées.
 - Absence de masse abdominale, ni épaissement digestif échographiquement décelables.
 - Absence d'épanchement intra péritonéal.
- **CONCLUSION/** : - Echographie abdominale sans anomalies.

DR JAWHARI N.

RADIOLOGUE

Dr.Najib JAWHARI
RADILOGUE
N°PE 1718794

23/07/2020 11:20:59



23/07/2020 11:20:39



23/07/2020 11:20:29



23/07/2020 11:22:06



23/07/2020 11:21:53

