

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.

Nº W21-622620

Payer

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 8529 Société : Petra <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : FILS Nom & Prénom : AN ACHAR ALLAL Date de naissance : 11/11/1969 Adresse : site Meteor VILLAGE AU DES FAR TINER DCHA LA Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 359,35 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 14/02/23 Nom et prénom du malade : ABDELLAH ALLAL Age : 57 ans <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Lien de parenté : Frère Nature de la maladie : Chute En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Vert 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) : 

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
10/04/23			89,00	INP: 10293716039 Signature: Dr. A. B. Date: 10/04/23 Montant: 89,00 Signature: Dr. A. B.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية أميرنات Pharmacie AMERNAT Bd 7 Mars - Agadir Tél: 0523 98 04	10/04/23	129,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/04/23	Ra	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

6 118001 030408

VOLTAREN® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

مصحة الضمان الاجتماعي

POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

مصحة POLYCLINIQUE

Agadir, le :

10/04/2013
Dr Aelkar Ammar
أكادير AGADIR

PER : 11.11.2013
EXP : 22.01.2015

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

URGENCES 24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscerale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

CENTRE
D'HEMODIALYSE

URGENCES
05 28 82 58 18

Consultation RDV
05 28 82 59 66

زنقة مولاي يوسف - صب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

M. M. Flaneur W-
7620 1 + 21
5310
0M1 Releve 173
12930 173
 صيدلية
Farmacie Almérnat
Boulevard Mars - Agadir
Tél. 05 28 82 59 04
 Dr. Viocataire AV.
Dr. Urgences CNSS Agadir
 Polyclinique

65349 ?

NOM DU MALADE

A Mme HARR Amel

N° C.N.S.S ou Mutuelle

10/4/2023

Renseignement Clinique

Examen demandé

Re: Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
Dr. Ahmed DYAABI
Médecin Vaccinaire
Centre Urgences
CNSS - Agadir

Le Médecin Traitant

Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
24x30	36x43	35x35	18x24		Biffer les mentions inutiles
30x40	35x35	13x18	15x40		Total clichés = Total posée =

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	653493	N° SEJOUR :	230022939	FACTURE N° 2305009390				DATE D'ENTREE :	10/04/2023	DATE DE SORTIE :	10/04/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ANACHAR,Anouar		
MALADE :	ANACHAR,Anouar				UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant :	20181 DR DYABI AHMED (GENERALISTE)	TOTAUX :	80.00							80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	80.00				AVOIR:		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	10/04/2023	EDITEE LE :	10/04/2023	PAR:	AHLALO	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR					
					BANQUE :	BMCE - AGADIR					
					N° compte bancaire :	011.010.0000.01.210.00.60686.03					

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	653493	N° SEJOUR :	230022957	FACTURE N° 2303006557				DATE D'ENTREE :	10/04/2023	DATE DE SORTIE :	10/04/2023		
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ANACHAR,Anouar				
MALADE :	ANACHAR,Anouar				UF:	5003 RADIOLOGIE							
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		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 ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00						0.00	150.00		

Intervenant :	186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:			
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR :			
		RESTE DU:	0.00									
DATE FACTURE :	10/04/2023	EDITEE LE :	10/04/2023	PAR:	ANFLOU	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :						
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR						
					BANQUE :	BMCE - AGADIR						
					N° compte bancaire :	011.010.0000.01.210.00.60686.03						