

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-622620

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529 Société : Retraité 162399

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FILS

Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL

Date de naissance : 11/11/1959

Adresse : Cité Meteo VILLAGE AU DU FAR INEGANE

Tél. : 0661659211 Total des frais engagés : 359,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/23

Nom et prénom du malade : Mohamed

Age : 63

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Chute

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : voir

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) :

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

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.

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/04/23	R _a	150,00

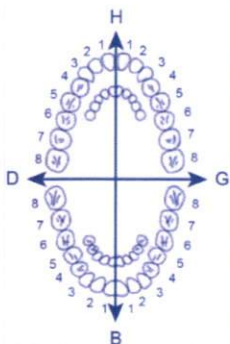
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

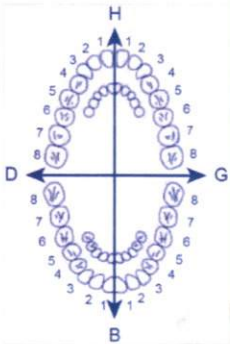
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			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

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV: 76.20 DH

مصلحة الضمان الإجتماعي

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

مصلحة
POLYCLINIQUEأكادير
AGADIR

Agadir, le :

10/04/2023

N. Achari Anoual

LOT : 22E013
PER : 11/2025RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

URGENCES
24/24

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phthysiologie
- * 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

M. V. B. P. Tane Rr-

7620 1 + 245

5310

OMY P. Tane Rr-

129,30 17 3

صيدلية أمسيات
Pharmacie AMERNAT
Bd. Mars - Agadir
Tél : 29 22 98 04Abd. Vacataire
Sec. Urgences
Polyclinique CNSS - AgadirURGENCES
05 28 82 58 18Consultation RDV
05 28 82 59 66

05 28 84 66 24 : زنقة مولاي يوسف - ص ب : 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

GR349 ?

NOM DU MALADE

A. MEHAR MAM

N° C.N.S.S ou Mutuelle

10/4/2022

Renseignement Clinique

Examen demandé

Le Médecin Traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24x30

36x43

35x35

18x24

30x40

35x35

13x18

15x40

Biffer les mentions inutiles

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 :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ANACHAR, Anouar					
MALADE : ANACHAR, Anouar											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
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
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 :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : ANACHAR, Anouar						
MALADE : ANACHAR, Anouar										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / 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			