

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0024636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00850 Société : 171473

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MTOUN Lahoucine

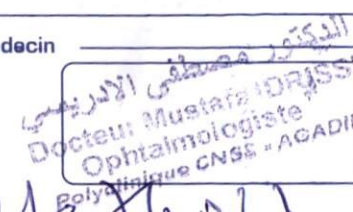
Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Apt 4 Imn Mehdi Rue Ibn Al Arabi  
Cite Lakhyam AGADIR

Tél : 0666 16 62 67 Total des frais engagés : 6648.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/07/23

Nom et prénom du malade : EL MTOUN Lahoucine Age : 76 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : AGADIR Le : 12/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0024636

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 6648.00

Date de dépôt :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# RELEVÉ 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
12/12/2012	Hospit	6500,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remarqueur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du TALBORJ	24/10/12	1481,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

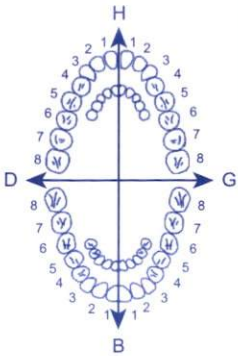
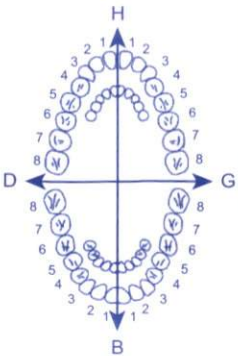
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div>2553341221433552</div> <div>0000000000000000</div> <div>D   G</div> <div>0000000000000000</div> <div>3553341111433553</div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



1) Date de la constatation de l'état de malade :

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....

.....

.....

.....

.....

3) Traitement envisagé et actes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) Durée prévisible du traitement :

.....

.....

A .....

LE .....

Signature

**Dr. OUALID Mustapha**  
Anesthésiste - Radiologue - Vaccinateur - Vaccinateur  
Polyclinique CNSS - AGADIR

27



المملكة المغربية  
Royaume du Maroc



# مصححة الضمان الإجتماعي أكادير POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

مصححة  
POLYCLINIQUE  
أكادير  
AGADIR

Agadir, le :

M. EL MTOUN



Vitamix Vision  
PPC : 148 DH

*alloucas*



148100

D. VITAMIX  
CP



Docteur Wahid Drissi  
Ophtalmologiste  
Polyclinique CNSS - AGADIR

## SERVICE DES URGENCES 24/24

- \* Cardiologie
- \* Gastro-Entérologie
- \* Pédiatrie (Neonatalogie)
- \* Dermatologie
- \* Endocrino - Diabétologie
- \* Pneumo - Phytisiologie
- \* Ophtalmologie
- \* Anesthésie - Réanimation
- \* Urologie
- \* Chirurgie Viscérale et digestive
- \* Coelio - Chirurgie
- \* Gynéco - Obstétrique
- \* Traumatologie - 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

زينة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24  
Rue Moulav Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

مصلحة الضمان الإجتماعي  
أكادير

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE  
AGADIR

بطاقة الخروج

Bulletin de Sortie

مصلحة الضمان الإجتماعي أكادير 80000 - زنقة مولاي يوسف  
ص ب 3171 - الهاتف : 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24

POLYCLINIQUE DE LA CNSS - Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - Agadir 80000  
Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

28/07/23

IPP : 3692

SERVICE : CHIR

## BULLETIN DE SORTIE

Agadir, le 12/07/23

Mr : EL AIN Lahoucine

Hospitalisé (e) du : 12/07/23 Au 12/07/23

Diagnostic : Cancer

Observation de médecin : 13/07/2023

24/07/2023

31/07/2023

Le médecin Traitant

Docteur Mustafa IDRISI

Ophthalmologiste

Polyclinique ONCO-AGADIR

## Spécialités

Cardiologie

Urologie

Gastro-Entérologie

Gynéco - Obstétrique

Ophthalmologie

pédiatrie (Neonatalogie)

Chirurgie Viscerale et Digestive

Coelio chirurgie

Anesthésie - Réanimation

O.R.L.

Traumato - Orthopédie

Neurochirurgie

Dermatologie

Endocrino - Diabétologie

Pneumo - Phtysilogie

Biologie (laboratoire)

Imagerie médicale

Hémodialyse

## الإختصاصات

أمراض القلب و الشرايين

جراحة المسالك البولية

أمراض الجهاز الهضمي

الولادة و طب النساء

أمراض العيون

أمراض الأطفال و الرضع

الجراحة الباطنية

الجراحة تحت المنظار

التخدير و الإنعاش

أمراض الحنجرة و الأنف و الأذن

جراحة العظام

جراحة الأعصاب و الدماغ

أمراض الجلد و الأمراض التناسلية

أمراض الغدد و السكري

أمراض الجهاز التنفسي

تحليلات طبية للمختبر

الفحص بالأشعة

تنقية الدم و الكلية الاصطناعية

SERVICE DES URGENCES 24/24 المستعجلات

SERVICE BLOC OPERATOIRE

Etiquette patient :

EL MTOUN  
LAHOUCINE  
123003693

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

AGADIR LE : 12/07/2023

Chirurgien : Dr IDRISSE

Anesthésiste : Dr EL MEKKAOU

1er aide :

Panreur : Mme BOUTJIM

INTERVENTION : Cataracte ŒIL DROITE

### C.R.O

BLEPHAROSTAT

INCISION CORNEE

PHACO EXERESE

IMPLANT

SUTURE

Dr. IDRISSE Mustapha  
Ophtalmologue Vacataire  
Polyclinique CNSS - AGADIR

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 : 656220 N° SEJOUR : 123003693

FACTURE N° 2301007392

DATE D'ENTREE : 12/07/2023 DATE DE SORTIE : 12/07/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : EL MTOUN, Lahoucine

EL MTOUN, Lahoucine

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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE cataracte ( avec ou sans implant)	FCATAR	1.00	6500.00	6500.00					0.00	6500.00
TOTAUX :				6500.00						6500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
SIX MILLE CINQ CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE :

REMISE :

0.00

REGLE :

6500.00

AVOIR :

RESTE DU :

0.00

DATE FACTURE : 14/07/2023

EDITEE LE : 17/07/2023

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

