

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0024636

ayoub

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00850

Société :

171473

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

EL MTOUN Lahcen

Date de naissance :

01/01/1948

Adresse :

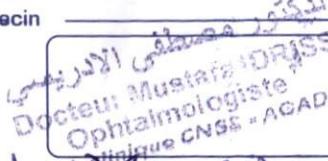
Appart 4 Imm Mehdi Rue Ibn Al Arabi  
cite Lakhyam AGADIR

Tél. :

066.6.16.62.67 Total des frais engagés : 6648,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 : 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) :

6648,00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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
12/10/2023	Hosp. t	6500,90		Signature Dr. Jean-Pierre Dostal Dentiste à la Polyclinique CNSS - Agde

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Pharmacie du TALBORT Date	Montant de la Facture
42 Rue de l'Université 34000 Montpellier Tél: 05 58 00 00 00 AGDIF ★ Pharmacie du TALBORT	1481,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

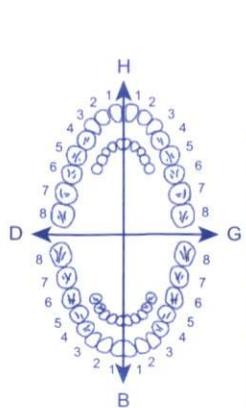
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



**NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT**

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

## 2) Renseignements cliniques sommaires :

CPA

### **3) Traitement envisagé et actes :**

C. S.

#### 4) Durée prévisible du traitement:

A

LE 10/05/2013  
Signature Dr. S. JALIB  
Anesthésiste - Réanimateur  
Polyclinique N.M.S. - AGADIR

### Signature



مصحة الضمان الاجتماعي أكادير  
POLYCLINIQUE DE LA C.N.S.S - AGADIR

مصحة  
POLYCLINIQUE  
أكادير  
AGADIR

Agadir, le :

24 Juil 2023

M.

MEHMOUD

amix  
Vision

Vitamix Vision  
PPC : 148 DH

allergies



148,00

D

VITAMIN  
CFF

Muri



جعفرى جعفرى  
دكتور العيون دكتور ديفيسى  
Polyclinique CNSS - AGADIR  
Ophtalmologue  
Dacteur Véritable Opticien

SERVICE DES  
URGENCES  
24/24

- \* Cardiologie
- \* Gastro-Entérologie
- \* Pédiatrie (Neonatalogie)
- \* Dermatologie
- \* Endocrinio - Diabétologie
- \* Pneumo - Phtysiologie
- \* Ophtalmologie
- \* Anesthésie - Réanimation
- \* Urologie
- \* Chirurgie Viscérale 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

مصحة الضمان الاجتماعي  
أكادير

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE  
AGADIR

بطاقة الخروج

Bulletin de Sortie

مصحة الضمان الاجتماعي أكادير 80000 - زنقة مولاي يوسف  
ص ب 3171 - الهاتف : 05 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

22/07/23

IPP : 3693  
SERVICE : CHU

## BULLETIN DE SORTIE

Agadir, le ..... 12/07/23

Mr : El Amin Latoucine  
Hospitalisé (e) du : 12/07/23 Au 12/07/23  
Diagnostic : laryngite

Observation de médecin :

13/07/2023  
24/07/2023 (ع۱۴)

Le médecin Traitant الدكتور  
Dr. Moulida IDRISI  
Docteur Moulida IDRISI  
Ophthalmo-Logiste  
Polyclinique CHU AGADIR

## Spécialités

Cardiologie

Urologie

Gastro-Entérologie

Gynéco - Obstétrique

Ophthalmologie

pédiatrie (Neonatalogie)

Chirurgie Viscerale et Dégestive

Coelio chirurgie

Anesthésie - Réanimation

O.R.L.

Traumato - Orthopédie

Neurochirurgie

Dermatologie

Endocrinio - Diabétologie

Pneumo - Physiologie

Biologie (laboratoire)

Imagerie médicale

Hémodialyse

## الاختصاصات

21/07/23

31/07/23

(٢)

(٩)

أمراض القلب والشرايين

جراحة المسالك البولية

أمراض الجهاز الهضمي

الولادة و طب النساء

أمراض العيون

أمراض الأطفال والرضع

جراحة الباطنية

جراحة تحت المنظار

التدخين والإلغاش

أمراض الحجرة الأنف والأذن

جراحة العظام

جراحة الأعصاب والدماغ

أمراض الميلاد والأمراض التناسلية

أمراض الغدد والسكري

أمراض الجهاز التنفسى

تحليلات طيبة للمختبر

الفحص بالأشعة

تصفيه الدم و الكلية الاصطناعية

المستعجلات 24/24 SERVICE DES URGENCES



SERVICE BLOC OPERATOIRE

Etiquette patient :

EL MTOUN  
LAHOUCINE  
123003693

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

AGADIR LE : 12/07/2023

Chirurgien : Dr IDRISI

Anesthésiste : Dr EL MEKKAOUI

1er aide :

Panseur : Mme BOUTJIM

INTERVENTION : Cataracte ŒIL DROITE

C.R.O

BLEPHAROSTAT

INCISION CORNEE

PHACO EXERESE

IMPLANT

SUTURE

Dr. IDRISI 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 :

MALADE : EL MTOUN, Lahoucine

DESTINATAIRE :

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S :

EL MTOUN, Lahoucine

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
<b>FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE</b>										
cataracte ( avec ou sans implant)	FCATAR	1.00	6500.00	6500.00					0.00	6500.00
<b>TOTAUX :</b>										
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 :

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

