

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.

175568

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8062	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BISTARINE AHMED
Nom & Prénom : BISTARINE AHMED			
Date de naissance : 01/01/1962			
Adresse : Pre 15 N° 6 ERAC ENERGANE AGADIR			
Tél. : 0668 324698	Total des frais engagés : 436,65 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-F-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
1824103-20	
Cachet du médecin :	
 Médecin Vacataire Sce. Urgences Polyclinique CNSS - AGADIR	
Date de consultation :	18-08-2009
Nom et prénom du malade :	BISTARINE AHMED
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prise de sang
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. Médecin Vacataire Sce. Urgences Polyclinique CNSS - AGADIR	
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 : 20/08/2023
Signature de l'adhérent(e) :	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/08/2015	Consultation	1	13,35	INP : 031064876 D- 10000000000000000000000000000000 Médecin Vacataire

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/8/23	923,30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

N° IPP : 666514	N° SEJOUR : 230054910	FACTURE N° 2305022501				DATE D'ENTREE: 18/08/2023	DATE DE SORTIE: 18/08/2023
UF de présence: 5002 URGENCES							

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				213.35		0.00		0.00		213.35

Intervenant : 20105 DR LAHRACH MUSTAPHA (GENERALISTE)	TOTAUX :	213.35						213.35
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT TREIZE DHS ET TRENTÉ CINQ CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	213.35			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						

DATE FACTURE : 18/08/2023	EDITEE LE : 08/09/2023	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	



N° IPP : 666514 N° SEJOUR : 230054910

FACTURE N° 2305022501

DATE D'ENTREE : 18/08/2023 DATE DE SORTIE : 18/08/2023

ASSURE :

MALADE : BISTARINE,Hamza

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BISTARINE,Hamza

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
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE										
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE	FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
CONSULTATAION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00	-				0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00	-				0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				5.39					0.00	5.39
FOURNITURES MEDICALES				12.96					0.00	12.96

Total à reporter

213.35

0.00

0.00

213.35

PPU 73DH80
XP 04/2025
143 2

CNSS
Le devoir de vous protéger
VOTRE SANTÉ. NOTRE PRIORITÉ.

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Physiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie



Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 n 5 ml
P.P.V : 60,00 DH
6 118001 081653

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

05 28 84 66 24 - 05 28 84 66 21/25/27 -fax: 05 28 84 66 21/25/27 - مكتب مولاي يوسف - ص ٢
Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax: 05 28 84 66 24

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

**مصحة
POLYCLINIQUE
أكادير
AGADIR**

Agadir, le:

18/8/19

M:

BITS DAKAR INL

Hamza

~~Dr Mustapha LAHRACH
Médecin Vacataire
Sce. Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR
INPE 031064876~~

① 371 En dys 11/11/19
1 cas 271-
12.40 Smecta ovale 271
11/11/19
Enfermement 271
73.32 11/11/19
IXOR 11/11/19
URGENCES 05 28 82 58 18
Consultation RDV 05 28 82 59 66

~~Mustapha LAHRACH
Médecin Vacataire
Sce. Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR
INPE 031064876~~

~~polyclinique
CNSS - AGADIR
INPE 031064876~~

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 10/02/2003

Signature

D.
Médecin traitant
Sec. Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR