

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.

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

N° W21-812293

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3062 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BISTARINE AHMED

Date de naissance : 01/01/1962

Adresse : Rte 15 NO 6 ERAC ENERGAN AGADIR

Tél. : 0668 324698 Total des frais engagés : 436,65 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-F-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/08/2023

Nom et prénom du malade : BISTARINE AHMED Age : 21

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

Nature de la maladie : Pathologie 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 : AGADIR

Le : 20/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 15/08/23 | 9-F-119 | | 213,35 | INP : 031064876 Médecin Vacataire Soc. D'urgence Polyclinique CHSC AGADIR |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 12/08/23 | 223,30 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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 canalaires, 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | B | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (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

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| 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 TRENTE 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 : | | | | | | DESTINATAIRE : BISTARINE,Hamza . . | | | | | |
| MALADE : BISTARINE,Hamza | | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 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

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents
 RPU 73DH80
 VP 04/2025
 143 2

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

مصحة
 POLYCLINIQUE
 أكادير
 AGADIR

Agadir, le: 18/8/23

M:

Dr Mustapha LAHRACH

*Dr Mustapha LAHRACH
 Médecin Vacataire
 Sce. Urgences
 Polyclinique CNSS - AGADIR
 INRE: 031064876*

**SERVICE DES
 URGENCES
 24/24**

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

SMECTA ORANGE VANILLE
 36 SACHET 800

P.P.V: 52DH40



6 118000 011460

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1
 Ain sebaâ Casablanca
 Enterogermina 2 milliards
 susp b 10 fl 6 ml
 P.P.V: 60.00 DH



6 113001 081553

**CENTRE
 D'HEMODIALYSE**

**URGENCES
 05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
 05 28 82 59 66**

05 28 84 66 24 : زفنة مولاي يوسف - ص ب 3171 - 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

03710 En dys
1 la s 27/ - 1/2
2.40 Smecha
6000 la s 27/
03710 Enterogermina
73.00 1/2
03710 Ixor
223.32 1/2

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

2) Renseignements cliniques sommaires :

Malade - non

3) Traitement envisagé et actes :

CT - M
(Civis)

4) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Signature

Médecin Traitant

Soc. Urgences

Polyclinique CNSS - AGADIR

