

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-458091

Maladie Dentaire Optique Autres

23968

Cadre réservé à l'adhérent (e) 3218 Société : Royal Air Maroc

Matricule : 3218 Matrikel : 3218

Actif Pensionné(e) Autre : Beljed Zaine

Nom & Prénom : Beljed Zaine

Date de naissance : 18/12/54

Adresse : n° 25, 6ème Etage, Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah, Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 335,68 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. SEMAI EL ALAMI Mohamed
Médecin Vacataire
Sec. Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05-04-2020

Nom et prénom du malade : Beljed Zaine Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : C.N.

MUPRAS

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 : 05, 04, 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-458091

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).

3218

Matricule : 3218

Nom de l'adhérent(e) : Beljed Zaine

Total des frais engagés : 335,68 Dhs

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 |
| 20/01/2018 | CV | 1 | 1168,18 | DR 01/02/2018 SOCIETE PELAGANIA Souscrite par : Signature : Date : 01/02/2018 CNSS - AGADIR |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 03/01/2020 | 182,50 dh |

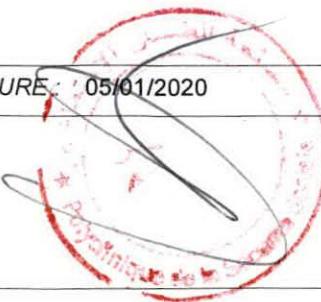
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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



| N° IPP : | 85188 | N° SEJOUR : | 200000686 | FACTURE N° 2005000402 | | | | DATE D'ENTREE : | 05/01/2020 | DATE DE SORTIE : | 05/01/2020 | |
|--|---------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|--|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| MALADE : | BELJID,Zaina | | | | UF: | 5002 URGENCES | BELJID,Zaina | | | | | |
| 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 CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | | | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | | |
| CONSULTATAION DE MEDECIN. | | | | | | | | | | | | |
| CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F | CN | 1.00 | 120.00 | 120.00 | | | | | 0.00 | 120.00 | | |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX | | | | | | | | | | | | |
| ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER | AMI | 2.00 | 7.50 | 15.00 | | | | | 0.00 | 15.00 | | |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 12.16 | | | | | 0.00 | 12.16 | | |
| FOURNITURES MEDICALES | | | | 1.02 | | | | | 0.00 | 1.02 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|-----------------------|--------|--|--|-----------|--------|--|
| Intervenant : 20182 DR SEMLALI EL ALAMI MOHAMED (GENARALISTE) | | | TOTAUX : | 148.18 | | | | | | 148.18 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | PLAFOND PC : | | | | | | ACOMPTE: | | |
| CENT QUARANTE HUIT DHS ET DIX-HUIT CENTIMES | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 148.18 | | | AVOIR : | | |
| | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 05/01/2020 | | | EDITEE LE : 05/01/2020 | PAR: OULKHI | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | |
| | | | 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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

Agadir, le: 05/01/20

M: BEL YIB - ZAINA

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

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

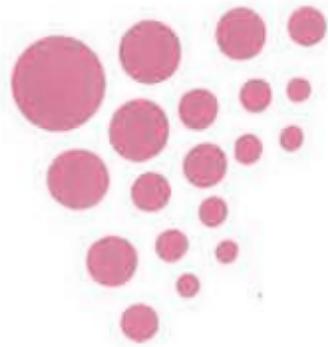
مصحة الضمان الاجتماعي
Dr. Faraj OUNAIMI
Médecin - Vacataire
Sce. des Urgences
Polyclinique CNSS AGADIR
44, Rue El Kabbaj - Agadir - Pharmacie
Tél : 05 28 23 90 09

Dr. Faraj OUNAIMI
Médecin - Vacataire
Sce. des Urgences
Polyclinique CNSS AGADIR

مكياج سفون

١٦٠ مل

فلو غلشنول



10

أغراض منحلة
عن طريق الفم



PHARMACIA 5

33,00

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH



SEPCEN 250 mg

CIPROFLOXACINE

SEPCEN 250 mg

10 Comprimés



Uniquement sur ordonnance - liste I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ceci est un médicament.

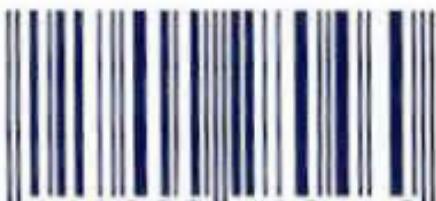
Ne pas laisser à la portée des enfants.

لا تترك الأدوية في متناول الأطفال.

Tilcotil® 20 mg

Ténoxicam

10 comprimés pelliculés sécables



6 118000 280460

LOT:19006

PER:02/2022

PPV:44,00 dh

AMM N°77 DMP/21/NTT

Fabriqué sous licence **Meda**

par les laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable