

# 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

63695  
SW

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0007880

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6336 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : MAOUN YOUSSEF Date de naissance : 15/02/55  
 Adresse : Bloc 101 N° 46 Chouf Agadir  
 Tél. : 0661238350 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : MAOUN VANESSA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0007880

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 : .....

Date de dépôt : .....






# 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
				<b>DR. ZINÈB BARKATE</b> <b>MEDECIN</b> Polyclinique - CNSS - AGADIR

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/02/21	Echodop.	600,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

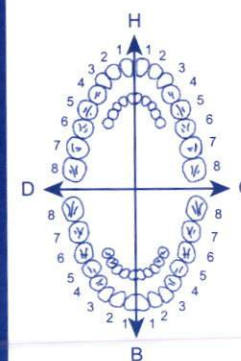
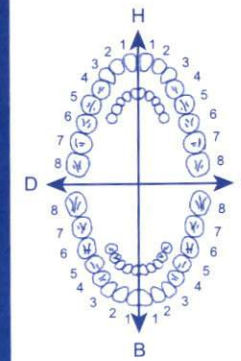
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Agadir, le :

10/02/21

M: YASSAMIA

أكادير  
AGADIR

**SERVICE DES  
URGENCES  
24/24**

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



1-6383

Echo - doppler

veineux du

MF et

induration +

Goutte

**DR. ZINEB BARKATE  
MEDECIN**

Polyclinique CNSS - AGADIR

**URGENCES  
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV  
05 28 82 59 66**



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: 210005363 583656 N° SEJOUR: 210006383

FACTURE N° 2103002095

DATE D'ENTREE: 10/02/2021 DATE DE SORTIE: 10/02/2021

ASSURE:

MALADE: MAOUN, Vanessa

NOM JEUNE FILLE: N° IMMAT C.N.S.S:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1: N° SE. SOC. ETRANG. REF. PC 2:

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

N° SE. SOC. ETRANG.:

DESTINATAIRE:

MAOUN, Vanessa

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

PRIX TOTAL

TIERS PAYANT 1

TIERS PAYANT 2

PART DU MALADE

%/ Dh

MONTANT

%/ Dh

MONTANT

%/ Dh

MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

Echo-doppler artériel périphérique

CX14

1.00

600.00

600.00

0.00

600.00

Intervenant: 20088 DR ID HAMMOU FATIMA (RADIOLOGUE)

TOTAUX:

600.00

600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

SIX CENTS DHS

PLAFOND PC:

REMISE:

0.00

REGLE:

600.00

ACOMPTE:

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE: 10/02/2021

EDITEE LE: 10/02/2021

PAR: GHOUTI

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE

N° DE POLICE

DATE AT:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

BANQUE:

BANQUE:

BMCE - AGADIR

N° compte bancaire:

N° compte bancaire:

011.010.0000.01.210.00.60686.03

