

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

63495  
SA

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007880

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1.336 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAOUN YOUSSEF Date de naissance : 15/10/155

Adresse : Bloc 101 N° 46 Charaf Agadir

Tél. : 066.123.83.50 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

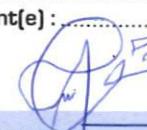
Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : ..... / ..... / .....

### VOLET ADHÉRENT

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 : .....

**MUPRAS**  
10 MARS 2021  
Age :  
ACQUETEIL

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/09/21	Echadep.	600,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHÉRENT

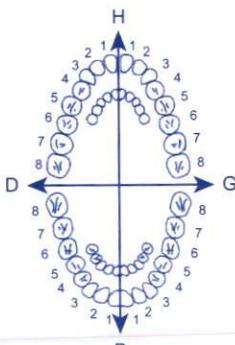
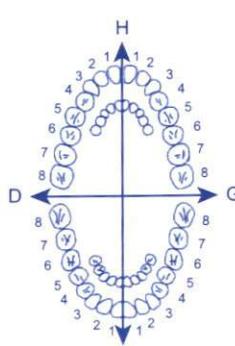
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan des

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



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

مصحة  
POLYCLINIQUE



Agadir, le : 10/02/91

M: YAWNING SSA MAOUN  
أكادير  
AGADIR



1 - 6383

écho - doppler

Veineux du

MIFT

miduration +

Gom + leant

DR. ZINEB BARKATE  
MEDECIN  
Polyclinique CNSS - AGADIR

CENTRE  
D'HEMODIALYSE

URGENCES  
05 28 82 58 18

Consultation RDV  
05 28 82 59 66



N° IPP: 240006383 583656	FACTURE N° 2103002095	N° SEJOUR: 210006383	DATE D'ENTREE: 10/02/2021	DATE DE SORTIE: 10/02/2021						
ASSURE:		N° DE SÉJOUR: 210006383								
MALADE: MAOUN,Vanessa RADIOLOGIE	UF: 5003 RADIOLOGIE	DE STATION: 202102100145								
NOM JEUNE FILLE: MAOUN,Vanessa	N° IMMAT C.N.S.S:	MAOUN,Vanessa								
TIERS PAYANT 1:	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:									
TIERS PAYANT 2:										
REF. PC 1: N° SE. SOC. ETRANG REF. PC 2:	N° SE. SOC. ETRANG.:									
NATURE DE PRESTATION		LETTER	NOMBRE	PRIX X COEF	PRIX UNITAIRE	PAYANT 1 TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh	TIERS PAYANT 2 MONTANT	PART DU MALADE % / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		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:							ACOMPTE:	
	REMISE:	0.00	REGLE:	600.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE: 10/02/2021	EDITEE LE: 10/02/2021	PAR: GHOUTI	ACCIDENT DE TRAVAIL:						
VISA	N° DE POLICE:	ATE AT:							
Réglément à effectuer à l'ordre de: POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR BMCE - AGADIR BANQUE: 011.010.0000.01.210.00.60686.03	Réglément à effectuer à l'ordre de: POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR BMCE - AGADIR BANQUE: 011.010.0000.01.210.00.60686.03		DATE AT:						

