

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

entaire :

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 :

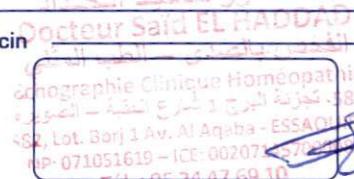
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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



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 : 05/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-018815

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 05.03.21 | 210,90 |
| | | |
| | | |
| | | |

Code: INPE-
07209586-3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Mr. Mosby 17/01/2013</i> <i>DR. BLOUCH</i> | <i>05.03.2013</i> | <i>ECB</i> | <i>150,00</i> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* 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 d...

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---------------------------|--|---------------------------|---------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 | B 35533411 | G 00000000 | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

Dr. Saïd EL HADDAD

Médecine Générale - Echographie Clinique - Homéopathie

ORDONNANCE

الدكتور سعيد الحداد

الطب العام - الفحص بالصدى - الطب المثلثي

Essaouira Le: 05/03/2021

Nom et prenom: VANESSA MAOUN

Age: 1960

69,00

| | | |
|------------------------|-----------|-----|
| 1) TETRALYSAL 300 CP | 1CP./J | 1BT |
| 2) BIOTONE AMP BUV | 2AMP./J | 1BT |
| 3) ULTRA LEVURE SACHET | 1SACHET/J | 1BT |

210,90

PHARMACIE
SAÏD EL HADDAD
ESSAOUIRA
Tél: 05 24 47 69 10

| Lot: | Fab: | Exp: |
|-----------------------------|-------|------------------|
| 6126 | 05/20 | صالح لغاية 05/23 |
| BIOCOPEX MAROC PPV 67.00 DH | | |

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27102 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

582, Av. Al Akaba Borj 1 Essaouira - Autorisation n° 7256 Tél./Fax : 05 24 47 69 10 - GSM : 06 61 19 19 98 - e.mail:saïdelhaddad@menara.ma

582، شارع العقبة، تجزئة البرج



74,90

BIOTONE

Dr. EL HADDAD SAID

Médecine Générale

Echographie Clinique, Homéopathie

Tél / Fax : 0524-47-69-10.

GSM 0661-19-19-98.

Essaouira le.....

- 5 MARS 1998

D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE

*Nom : VANESSA MAOUN

*Age : 1960

BON

* Renseignements cliniques :

- Pastels de jambes et bras trainants.

♦ Examens demandés :

Prélèvement du pus.

examen bacteriologique

+ ATB

Signé : Dr. EL HADDAD S.



N.B. patiente allergique
à PENI

Dr. Said El Haddad
Médecin
Essaouira
5 Mars 1998
Dr. Mostafa
Dr. Galaxy
Dr. Mostafa
Dr. Galaxy
Dr. Said El Haddad
Médecin
Essaouira
5 Mars 1998

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



(2)

| N° IPP : | 583656 | N° SEJOUR : | 210008388 | FACTURE N° 2102002296 | | | | DATE D'ENTREE : | 22/02/2021 | DATE DE SORTIE : | 22/02/2021 |
|---|----------------|------------------|------------------|--|--|------------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | MAOUN, Vanessa | | |
| MALADE : | MAOUN, Vanessa | | | | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | | | | | | | | | | |
| 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 DE SPECIALISTE | Cs | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 | |
| Intervenant : 20177 DR SOKORI KAOUTAR (HEMATOLOGUE) | | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | 150.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | AVOIR : | | |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | |
| DATE FACTURE : 22/02/2021 | | | | EDITEE LE : 22/02/2021 | PAR: GUERMO | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

مختبر التحاليل الطبية موڭادور

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOGADOR

Dr. MRIOUCH MOSTAFA

Médecin Biologiste spécialisé en :

- Hématologie
- Biochimie
- Bactério-Viro-Parasito-Mycologie
- Immunologie
- Biologie de Reproduction (Diplôme PMA Montpellier)
- Diplôme de Qualité (Bordeaux)
- AUDITEUR IRCA (LONDON)



الدكتور مريوش المصطفى
طبيب إحيائي متخصص في :

- علم الدم
- علم الكيمياء الإحيائية
- علم الجراثيم، الفيروسات، الطفيليّات والفطريّات
- علم المناعة
- علم الخصوبة (دبلوم المساعدة على الإنجاب) (مونبولي)
- دبلوم الجودة في الصحة (بورو) (Bordeaux)
- دبلوم الجودة IRCA (لندن)

FACTURE: 44167/2021

ESSAOUIRA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

05/03/2021
MME MAOUN VANESSA
21C74
Docteur EL HADDAD SAID

| Acte de biologie demandé | Cotation (B) |
|----------------------------|--------------|
| EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE | 80 |
| Total du (B) | B 80 |
| Prise de sang (PC) | 0,00 DH |
| Montant en DH | 150,00 DH |

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CENT CINQUANTE DIRHAMS



Le Système de Management Qualité du
laboratoire d'analyses médicales **MOGADOR** est certifié

