

# 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° M21- 067894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962 Casa

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 HAY TILILA AGADIR

Tél. : 066722441

Total des frais engagés : 108,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hakim ANGR  
Médecine Générale  
Av. Tifaouine, Hay Tilila - AGADIR  
Tél : 05 28 28 42 96

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : BOUKOU NAIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

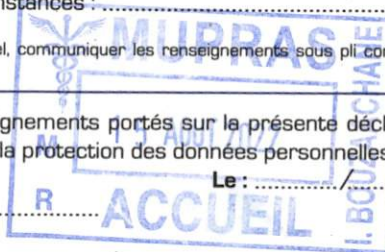
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
31/05/22	C		100,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31-05-22	108,40 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/06/22	ZW	200,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

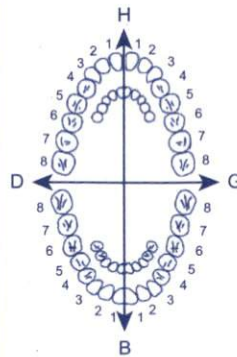
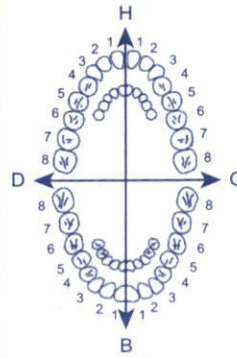
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Dr. ANOIR Hakim

- Diplome universitaire de diabétologie  
(Université de paris 13)
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G



الطب العام  
Médecine générale



الدكتور أنوار حكيم

- دبلوم جامعي في مرض السكري  
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لخصة السيقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

Bouhou NAIMA

31/05/22

PPV  
LOT 28,80  
PER

PPV  
LOT 28,80  
PER

S.V

PPV  
LOT 28,30  
PER

22,00

Pharmacie LES PARENTS  
28, Avenue Moudi Ben Parka  
Riad Salam - AGADIR  
Tél: 05 28 23 09 42

شارع تيفوين رقم 1943 تيليل - أكادير - الهاتف : 05 28 28 43 96 - المحمول 06 62 17 17 19

Avenue Tifaouine N° 1943 Tilila - Agadir - Tél.: 05 28 28 43 96 - GSM : 06 62 17 17 19



# Dr. ANOIR Hakim

- Diplome universitaire de diabétologie  
(Université de paris 13 )
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G



الطب العام  
Médecine générale

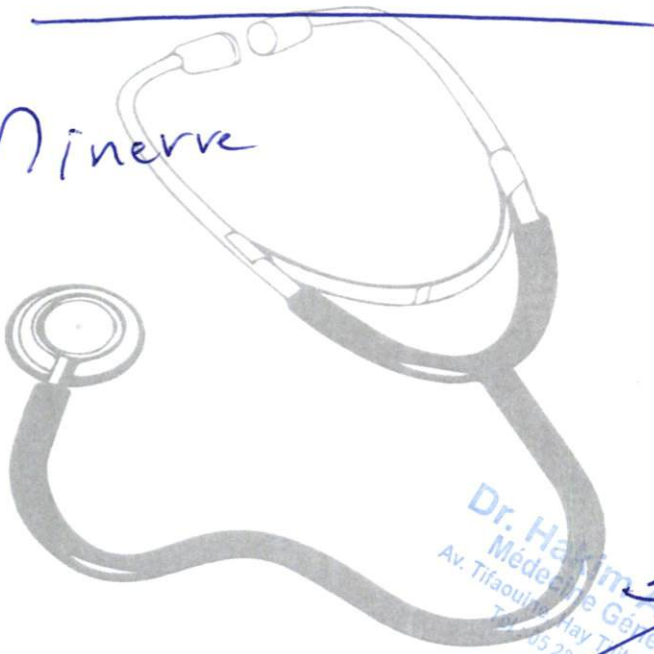


- الدكتور أنوار حكيم
- دبلوم جامعي في مرض السكري  
( جامعة باريس 13 )
- الشهادة الطبية لرخصة السياقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

31/05/22

Bouhou NAÏMA

Minerve



Dr. Hakim ANOIR  
Médecine Générale  
Av. Tifaouine Hay Tilila - AGADIR  
Tél: 05 28 28 43 96

شارع تيفوين رقم 1943 حي تليللا - أكادير - الهاتف : 05 28 28 43 96 - المحمول 06 62 17 17 19  
Avenue Tifaouine N° 1943 Tilila - Agadir - Tél.: 05 28 28 43 96 - GSM : 06 62 17 17 19

**Dr. ANOIR Hakim**

- Diplome universitaire de diabétologie  
(Université de paris 13)
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G



الطب العام  
Médecine générale



**الدكتور أنوار حكيم**

- دبلوم جامعي في مرض السكري  
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لرخصة السياقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

31/05/22

Facture d'honoraires

Nom: BOUKOU

Prenom: NAÏMA

C<sub>1</sub> = 100,000 Dhs

Dr. Hakim ANOIR  
Médecine Générale  
Av. Tifaouine, Hay Tila  
Tél: 05 28 28 43 96

شارع تيفوين رقم 1943 حي تيللا - أكادير - الهاتف : 05 28 28 43 96 - المحمول 06 62 17 17 19  
Avenue Tifaouine N° 1943 Tilila - Agadir - Tél.: 05 28 28 43 96 - GSM : 06 62 17 17 19

**Dr. ANOIR Hakim**

**الدكتور أنوار حكيم**

- Diplome universitaire de diabétologie  
(Université de paris 13 )
- Certificat médical du permis de conduire
- C.U d'échographie générale
- E.C.G

- دبلوم جامعي في مرض السكري  
(جامعة باريس 13)
- الشهادة الطبية لرخصة السياقة
- شهادة جامعية للفحص بالصدى
- تخطيط القلب

**الطب العام**  
**Médecine générale**



31/05/22

Bouhou NAIMA

Rx du rachis cervical / F  
P.



**Dr. ANOIR Hakim**  
Médecine Générale  
Tifaouine, Hay Tila - Agadir  
Tél : 05 28 28 43 96

شارع تيفوين رقم 1943 حي تيلالا - أكادير - الهاتف : 05 28 28 43 96 - المحمول 06 62 17 17 19  
Avenue Tifaouine N° 1943 Tilila - Agadir - Tél.: 05 28 28 43 96 - GSM : 06 62 17 17 19

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 : 254490		N° SEJOUR : 220030769		<b>FACTURE N° 2203008522</b>		DATE D'ENTREE : 01/06/2022		DATE DE SORTIE : 01/06/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>BOUHOUE, Naima</b> BLOC B 5 NR 67 IMM ESSAFA RIAD SALAM AGADIR							
MALADE : BOUHOUE, Naima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	20.00	10.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE RADIOLOGIE		TOTAUX :		200.00						200.00		
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :		
				REMISE :		0.00	REGLE :		200.00		AVOIR :	
				RESTE DU :		0.00						
DATE FACTURE : 01/06/2022		EDITEE LE : 01/06/2022		PAR: LAHLOU		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				

