

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 393

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre : Meel

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) :







أكادير  
AGADIR

Agadir, le: 28/06/23.

M: LAMBARIKI Nafissa

**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**

زنقة مولاي يوسف - ص ب: 3171 - أكادير - الهاتف: 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس: 05 28 84 66 24/25/26

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax: 05 28 84 66 24



N° IPP :	660877	N° SEJOUR :	230041451	FACTURE N° 2305016804				DATE D'ENTREE : 28/06/2023		DATE DE SORTIE : 28/06/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : LAMBARKI, Mohamed				UF: 5002 URGENCES				LAMBARKI, Mohamed			
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.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 10683 DR BEN BELLA SOUKAINA (GENERALISTE)	TOTAUX :	80.00								80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	80.00				AVOIR:		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 28/06/2023	EDITEE LE : 28/06/2023	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						

