

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

N° P19-0045056

ND: 52352

SN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529

Société : Petracab

Actif

Pensionné(e)

Autre : e police

Nom & Prénom : A.A.A.C.H.A.R ALLAL

Date de naissance : 11/11/1959

Adresse : BP 300.15 FOUNTY Agadir 80010

Tél. : 0661659244

Total des frais engagés :

532 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed DYAB
Médecin Vacataire
Sce. Urgences
Polyclinique CNSS AGADIR

Date de consultation : 29/8/2022

Nom et prénom du malade : Adam

Age : 33c

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : Agadir

Le : 1/1/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

MUPRAS

1/1/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  Dr. MEJBAR Med. Tel: 05 28 22 88 90 Rue Ismaïl Maïlik Les Amirautes - AGADIR	29/08/20	332,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



أكادير
AGADIR

Agadir, le :

29/8/2022

M:

ADIM LATIFA

28/2

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

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

Dr. Ahmed DYABI
Médecin Vacataire
Sce. Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR

LOT : 8240
UT. AV : 02-22
P.P.V : 29 DH 00

15,80
PPV 15 DH 80
PER 04/23
LOT J1085
S2

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 143,60 DH
6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 143,60 DH
6 118000 061069



N° IPP: 200035826 572770 N° SEJOUR: 200035826

FACTURE N° 2005017718

DATE D'ENTREE: 29/08/2020

DATE DE SORTIE: 29/08/2020

ASSURE:

MALADE: ADIM, Latifa

NOM JEUNE FILLE:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S.:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

N° SE. SOC. ETRANG.:

DESTINATAIRE:

ADIM, Latifa

NATURE DE PRESTATION

LETTRE

CLE

NOMBRE

x COEF

PRIX

UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

TIERS PAYANT 2

% / Dh

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

CONSULTATION DE MEDECIN.

CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F

CN

1.00

120.00

120.00

0.00

120.00

Intervenant: 20181 DR DYABI AHMED (GENERALISTE)

TOTALS:

120.00

120.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DHS

PLAFOND PC:

ACOMPTE:

REMISE: 0.00 REGLE: 120.00

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE: 29/08/2020

EDITEE LE: 29/08/2020 PAR: MASTAN

VISA



ACCIDENT DE TRAVAIL:

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