

## 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.

N° W21-780235

156101

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Louafi SAID			
Date de naissance : 16/04/1971			
Adresse : Lot BLAD CHAMA N°54 ouffad			
Tél. : 06 10 86 65 86	Total des frais engagés : 322 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Noureddine HILAL Neurochirurgien 50, Avenue Lalla Yacoub - Etage - CASABLANCA Tel: 0522 26 43 32 / INP: 09 11 69 26 8			
Date de consultation : 03/04/2013			
Nom et prénom du malade : Louafi SAID Age:			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : Migraine			
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 : 09/04/2013      Le : 09/04/2013  
 Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
03.04.23	U3	1	300 Dt	INP : 0911169468 Dr. Noureddine HILAL Casablanca 08/11/23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Bennani Jaafar 302, Bd Oued Sebou CASABLANCA tel: 0522 90 18 98	03/04/23	22,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	<b>H</b>			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	<b>H</b>			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION
	<b>H</b>			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Docteur HILAL Noureddine

NEURO-CHIRURGIEN

AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

ELECTRO ENCEPHALOGRAPHIE

LAUREAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

EX : NEUROCHIRURGIEN AU PRÈS DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Sur Rendez-vous



# الدكتور هلال نور الدين

جراحة الرأس والدماغ و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بمرسيليا

طبيب سابق لدى مستشفيات مرسيليا

الزيارة بالموعد

Casablanca, Le : 03 04, 2023

Dr. H. HILAL 845

22.40

①

ASKARDIL 75, TAM S.V.

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPU 220H40  
EXP 09/2024  
LOT 36014 1

144, 02 Mar.

②

Nootropyl 800,

144, 01 Mar.,

Dr. Noureddine HILAL

50, Avenue ... 1er étage - CASABLANCA  
Tél: 0522 26 43 32 / NP: 09 11 89 20 8

Pharmacie TAM  
Dr. Benmami Jaafar  
102, Bd Oued Sebou - Oujda  
CASABLANCA  
Tél: 0522 26 43 32