

# 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](http://www.mupras.com)



Arg55562

**Déclaration de Maladie : N° S190050015**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9423

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUAL Abdellah

Date de naissance :

09/04/1964

Adresse :

N° 461 Green Town la ville verte Bou Skaoura

Tél. :

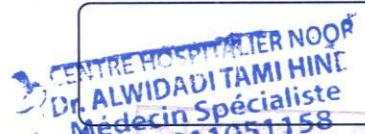
0661487489

Total des frais engagés :

656,10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/04/2024

Nom et prénom du malade :

SOUAL Abdellah

Age : 57 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tendinitopathie de la cuisse droite

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 :

Casablanca

Le : 14/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

11/02

10/02/2024

### 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
08/02/24	O.S.		CHF 6	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	156.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08/02/24	Seance de Sorthopie				500
		Joint Cipof				

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	G	H	G	
25533412	21433552	00000000	00000000	
00000000	00000000	35533411	11433553	
D	B	D	B	
00000000	00000000	00000000	00000000	
35533411	11433553	35533411	11433553	

(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION



Nom : Sarah. N° de dossier :

Prénom : Abdellah.

1) Mydoflex: 94.00  
1 - 1 - 1

2) Cidd: 22.00  
1 - 1 - 1

3) Catipred 40.00  
1 boîte. 256.00

Dr. Al Idrissi  
CENTRE HOSPITALIER NOOR  
Dr. ALWIBADI TAMI HIND  
Spécialiste  
Médecin Spécialiste  
INPE : 011051198

Casablanca, le: 08/02/24  
\* PHARMACIE SABRA  
DI ADIB MESSAADI BENJEL  
4 AL ABBADIA  
Tel. 05 22 65 00 84  
N° 367 Lissasa  
Casablanca \* -

groupe  
**AMH**  
legaia

Cédol®  
20 Comprimés



6 118000 180913

ستمديك

Indication, mode d'emploi, indications  
contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice.

PPV: 40DHOP  
PER: 12/  
LOT: M

31x31x60

b

82, Allée des O/  
S. Bachu

Colipred® 20 mg  
Prednisolone  
20 comprimés, élémécane, acétoxy,  
6 118000 041016

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4146  
MFG: 03 2023  
EXP.: 03 2026  
PPV: 940hs00



CESTERTEEL NEDERLAND  
NEDERLANDS PHARMACEUTICAL HOLDING  
Medicijn Speciaalvoer  
031128

# CENTRE HOSPITALIER NOOR

DE REEDUCATION ET DE READAPTATION

106, Ouled Benmeur, BP 40 - Bouskoura - Casablanca

Tél : 0522 32 07 51/52/53 - Fax : 0522 32 07 50

CNSS : 6022016 IF : 1007158

ICE : 001763238000077

Web : www.centrenoar.org

Destinataire

SOUAL ABDELILAH

RES WIAM IMM 9 N° 6 EL OULFA CASA

CASABLANCA

N° Facture : F00195/24

Date : 14/02/2024

## PATIENT

NOM / PRENOM	N° DOSSIER	PERIODE DE FACTURATION
SOUAL ABDELILAH	9560	

REFERENCE PC :

Date	NATURE DE PRESTATION	Quantité	Cotation CLE * COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL ACTE	MONTANT T.P	MONTANT PATIENT
<b>KINESITHERAPIE</b>							
08/02/2024	SEANCE MESOTHERAPIE	1	SM	500,00	500,00	0,00	500,00
<b>SOUS TOTAL</b>							
Dont TVA incluse pour : Taux Tva	CA ht	Tva		Totaux TTC	500,00	0,00	500,00
	500,00	0,00					
Total	500,00	0,00		<b>TOTAL FACTURE</b>			<b>500,00</b>
Règlement, en espèce, par chèque libellé au nom du Centre Noor de Rééducation ou par virement bancaire A N/CPTE ouvert auprès de							
<b>ATTIJARI WAFABANK RIB N°</b> <b>007 780 00 02051 000 3 00 7 00 90</b>							

VISA :

*CENTRE HOSPITALIER NOOK  
de Rééducation et de Réadaptation  
B.P.40 - Bouskoura  
Tél.: 0522.32.07.51/52/53 - Fax: 0522.32.07.50*