

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.



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 Abdelillah

Date de naissance : 09/04/1964

Adresse : N°3461 GREEN TOWN la ville verte BOUSKOURA

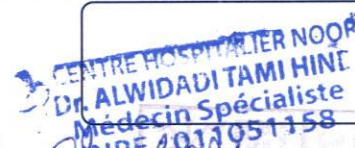
Tél. : 0661487489

Total des frais engagés : 656,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/2024

Nom et prénom du malade : SOUAL Abdelillah

Age : 57 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : tendinite de la corde rotatoire

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) : [Signature]


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
08/02/24	C.S		C.N.G	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	156,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

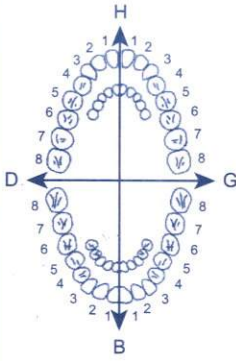
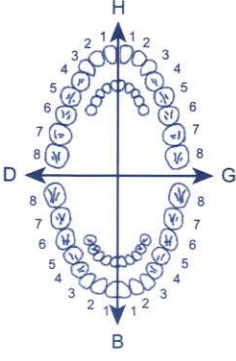
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	02/24	Somme des Soins				500

RELEVÉ 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

 <p>Centre Hospitalier Noor مركز المستشفى نور</p>	<h1>ORDONNANCE</h1>	<p>R01 - EN - 08</p>
---	---------------------	----------------------

Nom : Sana N° de dossier : _____
 Prénom : Abdelilah

1) Mydoflex : 94.00

1 - 1 - 1 - 1
 2) Cedd : 22.00

1 - 1 - 1 - 1
 3) Cotipred 20 : 40.00
 1 boîte : 156.00

CENTRE HOSPITALIER NOOR
DR. ALWISADI TAMI HIND
Médecin Spécialiste
INPE: 011053158

Casablanca, le: 08/02/24

PHARMACIE SABRYA
 Dr. ALWISADI TAMI HIND
 Tel. 05 22 65 00 84
 N° 367 Lisas 1 - Casablanca

AMH
 BUREAU VERITAS
 Certification

Cédol

20 Comprimés



6 118000 180913

سنتمديك

22100

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

PPV:40DH00

PER:12/

LOT:M

31x31x60

b

62, Allée des Cy-
près, 5. Bachet

Cotipred® 20 mg
Prednisolone
20 comprimés effervescent dissolubles



6 118000 041016

GTIN: 06118001260850
LOT: 4146
MFG: 03 2023
EXP.: 03 2026
PPV: 94dhs00



Pharmacie ALWADI TAMIH
Medecin Spécialiste
01133158

CENTRE HOSPITALIER NOOR
DE REEDUCATION ET DE READAPTATION
106, Ouled Benameur, BP 40 - Bouskoura - Casablanca
Tél : 0522 32 07 51/52/53 - Fax : 0522 32 07 50
CNSS : 6022016 IF :1007158
ICE :001763238000077
Web : www.centrenoor.org

N° Facture : F00195/24
Date : 14/02/2024

Destinataire
SOUAL ABDELILAH
RES WIAM IMM 9 N° 6 EL OULFA CASA
CASABLANCA

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	
KINESITHERAPIE								
08/02/2024	SEANCE MESOTHERAPIE	1	SM	500,00	500,00	0,00	500,00	
SOUS TOTAL							500,00	
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	TOTAL FACTURE				500,00
Réglement, en espèce, par chèque libellé au nom du Centre Noor de Rééducation ou par virement bancaire A N/CPTE ouvert auprès de ATTIJARI WAFABANK RIB N° 007 780 00 02051 000 3 00 7 00 90				Arrêtée la presente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS				

VISA :

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