

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

W21-836357

195570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9423 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Souah Abdelilah

Date de naissance : 09/04/1962

Adresse : N°461 GREEN TOWN Le ville verte BOUSKOURA CASABLANCA

Tél : 0661487489 Total des frais engagés : 366,40 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AL WILADI TAMI - HIND MEDECIN SPECIALISTE INP: 090006206

Date de consultation : 28/12/23

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 : artériopathie

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 : 02/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 02/04/2024


VOLET ADHERENT

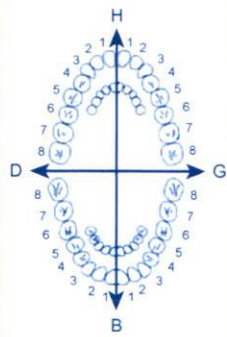
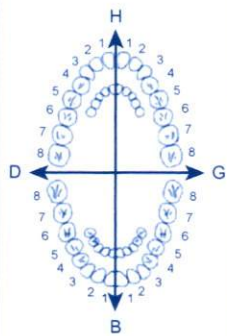
Déclaration

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
28/12/23	C	155	209-	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/23	166,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/12/24		6	1		120 x 6 = 720 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																		
																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	G																						
	B																						
	D	G																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

 <p>Centre Hospitalier Noor مركز المستشفى نور</p>	<p align="center">ORDONNANCE</p>	<p align="center">R01 - EN - 08</p>
 <p>Centre Noor de Rééducation et de Réadaptation Khouribga مركز نور للتأهيل والتأهيل الحركي خريبكة</p>		

Nom :

Sana

N° de dossier :

Prénom :

Abdelilah

56.6x2

1) Dipréd enc. mites

4x203

2) Catina 20

2x 2 h après petit déj

petit déj

13.20

3) Catina 1g

Abg. no

1 — 1 x 15 J

Centre Hospitalier Noor
Dr. ABDELHAKIM MI-HIND
MEDECIN SPECIALISTE
INP: 000006206



28/12/23



611 800115 013 7
DIPOSTENE 1 Seringue
P.P.V. : 58,90 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

CETAMYU-1200 mg
PARACETAMOL
Balle de 10 comprimés sécables P.P.V. : 13,20 DH

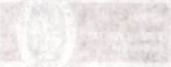


6 118000 191438

PPV: 40DH00
PER-04/26
LOT: M1180



611 800115 013 7
DIPOSTENE 1 Seringue
P.P.V. : 58,90 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



Produit par MSD Maroc
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

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 : F04951/24

Date : 31/12/2023

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
CONSULTATION							
28/12/2023	Consultation Spécialisée de Contrôle	1		200,00	200,00	0,00	200,00
SOUS TOTAL							200,00

Dont TVA incluse pour : TauxTva CA ht Tva
200,00 0,00

Total 200,00 0,00

Règlement, 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**

VISA :

Totaux TTC	200,00	0,00	200,00
TOTAL FACTURE	200,00		

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DIRHAMS

 **CENTRE HOSPITALIER NOOR**
de Rééducation et de Readaptation
B.P. 40 - Bouskoura
Tél.: 0522.32.07.51/52.53 - Fax: 0522.32.07.50