

# 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 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 une fois par an.

## 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

105520

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 9623

Matricule : 9623 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 366,40 Dhs

Autorisation CNPUP N° : AA-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2023

Nom et prénom du malade : Dr. AL WIDADI TAMI - HIND, CENTRE HOSPITALIER INP, SPECIALISTE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC Pathologie

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

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

Le : 02/02/2024

VOLET ADHERENT

Déclaré

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/12/2013	C	100	200,-	INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA MEDICALISATION CENTRE HOSPITALIER INP : 09000 M. DANI

## 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 praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DUNIN MARIE Infirmière Diplôme de Université 5, Rue Georges Sand N°45 Tél: 05 58 082 882 - 06 70 121 01	29/1/24	6	Seo	Le Kiné		Max 6 = 720 DT

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Nom : Sara N° de dossier :

Prénom : Abdelillah

56. Lox 2

1) Diprodinac 750 mg 1 ml x 10 unites

450 mg

2) Cetipred 20 mg 1's

2 x 2h après petit déj

petit déj

13.20

3) Cetamyl 1g 1's

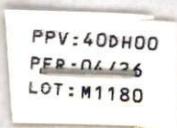
ab6.00

1 - 1 x 15g

CENTRE HOSPITALIER NOOR  
Dr. ABDELLAH MI - HIND  
MEDECIN SPECIALISTE  
INP: 000000206



28/12/23



**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.centrenoar.org](http://www.centrenoar.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
<b>SOUAL ABDELILAH</b>	<b>9560</b>	

**REFERENCE PC :**

Date	NATURE DE PRESTATION	Quantité	Cotation CLE * COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL ACTE	MONTANT T.P	MONTANT PATIENT
<b>CONSULTATION</b>							
28/12/2023	Consultation Spécialisé de Contrôle	1		200,00	<b>200,00</b>	0,00	200,00
<b>SOUS TOTAL</b>							
Dont TVA incluse pour : Taux Tva	CA ht	Tva		Totaux TTC	<b>200,00</b>	<b>0,00</b>	<b>200,00</b>
	200,00	0,00					
Total	200,00	0,00		<b>TOTAL FACTURE</b>			<b>200,00</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° 007 780 00 02051 000 3 00 7 00 90</b>							

VISA :

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