

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W19-470728

104744

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3908	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MESSAOUDI ADIL			
Date de naissance : 11/05/69			
Adresse :			
Tél. : 06 614 433 57		Total des frais engagés : 200,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/12/2021			
Nom et prénom du malade : Adil Messoudi Age: 52 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie d'origine brachiale			
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) :

Le : 21/02/22

VOLET ADHERENT

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
6.1.1 14/12/2011	Capitalisation et de Réadaptation	1	200, -	INP CENTRE HOSPITALIER NOOR Dr. MOUNA BELLOUT Médecin Spécialiste INP: 090006205
14/12/2011	ISSUE			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																									
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
				MONTANTS DES SOINS																									
				DÉBUT D'EXECUTION																									
				FIN D'EXECUTION																									
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						H		G																					
						25533412	00000000	21433552	00000000																				
						D		G																					
						00000000	35533411	00000000	11433553																				
B																													
MONTANTS DES SOINS																													
DATE DU DEVIS																													
DATE DE L'EXECUTION																													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																													



Centre Hospitalier Noor

Centre hospitalier de réadaptation et de rééducation



CENTRE NOOR DE RÉÉDUCATION
ET DE RÉADAPTATION KHOURIBGA

Centre hospitalier de réadaptation et de rééducation

ORDONNANCE

R01 - EN - 08

Nom : Nasseoudi
Prénom : Adil.

N° de dossier :

Rinc' : 10 séances

03/67

- Suites de NC B résolutive

- Massage decontracturant.

- Etirement des trapèzes,
chaines postérieures, scalènes.

- Renforcement en isométrie
des muscles du cou.

CENTRE HOSPITALIER NOOR
Dr. MOUMA BELLOUK
Spécialiste
INP: 090006206

Casablanca, le:

21/12/2011



106, Ouled Benameur, B.P. 40 Bouskoura - Casablanca

Tél. : 05 22 32 07 51 / 52 / 53 - Fax : 05 22 32 07 50

www.centrenoor.org - E-mail : contact@centrenoor.org

Rue Al Idrissiyyin, villa n°4, Quartier OCP - Khouribga

Tél. : 05 23 49 27 82 - Fax : 05 23 49 27 82

www.centrenoor.org - E-mail : contact@centrenoor.org

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification





Nom/Prénom Patient	N° du Dossier
MESSEOUDI ADIL	17944

REÇU N°	201142
BP. DHS	200,00

Reçu la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS

De Mr / Mme :

En règlement de : CONSULTATION SPECIALISEE

*Fait à Bouskoura le
01/12/2021*

*CENTRE HOSPITALIER NOOR
de Rééducation et de Réadaptation
de la Mémoire et du Caissier*

CAISSE

Signature du Payant