

## 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.

N° W21-803499

20083

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10914.	Société :	RAM Handling
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Habima
Nom & Prénom : HAFDI			
Date de naissance : 24 02 1976			
Adresse : 151 BL NEL V Rue Bourguiba			
Tél. : 06 62 68 26 88	Total des frais engagés : 253	Dhs	

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Professeur Mohamed NOUH Gynécologie - Obstétrique 40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux Tél. : 0522 22 29 30 . Fax : 0522 22 29 30
Lien de parenté : Professeur Mohamed NOUH Gynécologie - Obstétrique 40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux Tél. : 0522 22 29 30 . Fax : 0522 22 29 30
Nature de la maladie : Professeur Mohamed NOUH Gynécologie - Obstétrique 40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux Tél. : 0522 22 29 30 . Fax : 0522 22 29 30
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 AVR 2024
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 : NSR  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 02 / 04 / 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
24/07/2011	Obsté Gynéco	Mohamed N Obsté Gynéco	200.00	Dr Mohamed N Obsté Gynéco - Reçu Par : Dr Barouchid Tél : 0522-222839 - Fès

Cachet du Pharmacien ou de l'Émissaire		Date	Montant de la Facture
Pharmacie Marrakchi V Berrechid		Tél : 0522324068	53,00
Tél : 0522324068			
Tél : 062015607		31/01/24	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 HONORAIRE																
Le praticien est pris de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553
H																
D	G															
B																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

# Professeur Mohamed NOUN

Gynécologue - Obstétricien  
Ex-enseignant à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie Casablanca

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - ACCOUCHEMENT  
CHIRURGIE DES CANCERS - MALADIES DU SEIN  
STÉRILITÉ DU COUPLE - ENDOSCOPIE  
ECHOGRAPHIE

Casablanca, le .....



الدكتور محمد نون

أستاذ أخصائي في أمراض النساء والتوليد  
أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

جراحة أمراض النساء - الولادة - جراحة الثدي  
جراحة السرطان - الفحص و الجراحة بالمنظار  
العمق - الفحص بالصدى

Professeur Mohamed NOUN  
Gynécologie - Obstétrique  
40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux  
Tél : 0522 22 29 30 - Fax : 0522 27 41 03

ar-HAFDII HAFDII

53,20

$$\begin{array}{r} \text{EXAG 500} \\ \hline 19 + 8 \end{array} \left. \begin{array}{l} \rightarrow \\ \times \end{array} \right) 1^{\circ}\text{s}$$

53,20

Pharmacie Berrechid  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068

Professeur Mohamed NOUN  
Gynécologie - Obstétrique  
40, Rue des Hôpitaux Rés. Les Roseaux  
Tél : 0522 22 29 30 - Fax : 0522 27 41 03

40 زنقة المستشفيات، زاوية زنقة كرو بروي الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 30 - الفاكس : 05 22 27 41 03

40, Rue des Hôpitaux, Angle Rue Gros Breuil, Résidence les Roseaux 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 22 29 30 - Fax : 05 22 27 41 03

E-mail : docnoun@yahoo.fr