

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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° W19-579229

ND: 52203

Optique

 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0592**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HAJJOU AHMED**

Date de naissance :

**15/03/1944**

Adresse :

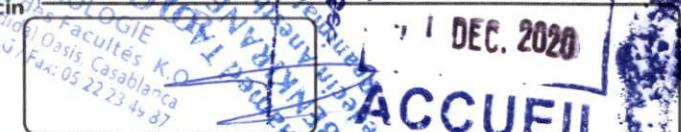
**Rue Jules Gros, Bloc 4, Apt 6, CASA**

Tél. : **0662 88 43 83**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**11/12/2020**

Nom et prénom du malade :

**HAJJOU AHMED**

Age : **76**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**arthrose**

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 : **Casa**

Le : **01/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
112 2020	frise dentaire	INP : 15004	INP : 15004	INP : 15004
frise dentaire	Antiseptique	15004	15004	15004
112 2020	frise et photoplate	30004	30004	30004

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		INP : 15004

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

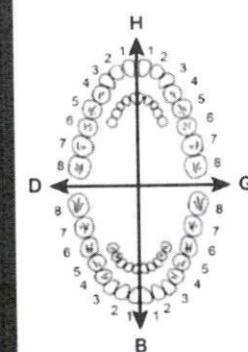
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### ODF PROTHESSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصححة النور للهجيون

le mardi 1 décembre 2020

Monsieur HAJJOU Ahmed a bénéficié d'une echographie oculaire dont le montant s'élève à trois cents dirhams (300 DHS)

CLINIQUE NOUR  
POLYCLINIQUE K.O  
D'OPHTALMOLOGIE  
Facultés des Facultés  
des Sciences Casablanca  
25, Avenue Hassan II  
B.P. 1347  
Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 87  
Fax: 05 22 23 49 87

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél. : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 09

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

E : 001685652000087



INFE 090000914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقاً)  
تعزّة كنمير - الواذيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 - LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

الباتنت : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

001685652000087 : م.م.ش

التعاري وافا ينك: وكالة ممح 2 مادس - التعريف البنك



le mardi 1 décembre 2020

## NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur HAJJOU Ahmed,

frais medecin                            150                            Dhs  
    CENT CINQUANTE ( DIRHAMS)

Frais clinique                            150 Dhs  
    CENT CINQUANTE ( DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél. : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087



Cachet et signature

