

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 048702

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1938 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLADOU HAYAT
Date de naissance : 01/21/1948
Adresse : Le Bassin n° 18 Bd Yacoub el Mansour
HAY ESSALAH CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : SLADOU HAYAT Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Paraplégie
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.

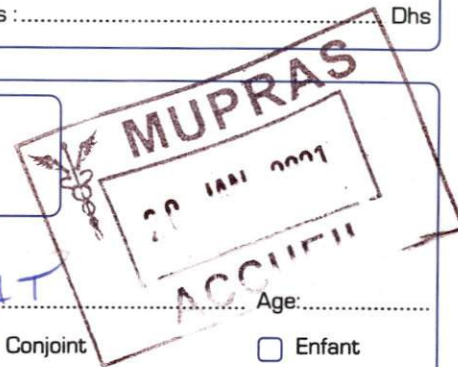
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


Hay



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur X	Date	Montant de la Facture
	18/01/21	Montant de la Facture 980,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

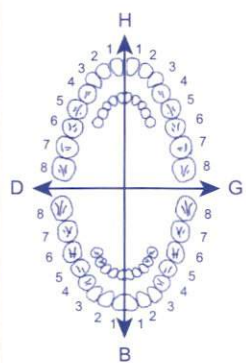
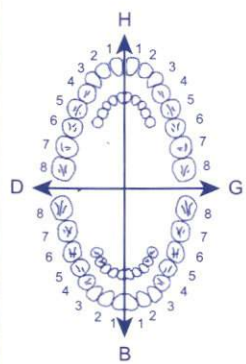
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div> G 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS		
					DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Hospitalier Noor
المركز الإستشفائي نور للترويض CASABLANCA

106, Ouled Benameur, BP 40 – Bouskoura, Maroc
T. +212 (0) 5 22 32 07 51/52
F. +212 (0) 5 22 32 07 50
www.centrenoor.org

ORDONNANCE

Nom :

W. SLAoui


N° de dossier :

Prénom :

Hayat

Paire d'attelles de Zimmer

Le 07/01/2011


CENTRE HOSPITALIER NOOR
Dr. AL WIDADI TAMI - HTND
MEDECIN SPECIALISTE
INP: 090006206

Casablanca, le :

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

Web : www.centrenoor.org

N° Facture : **F00011/21**

Date : **18/01/2021**

Destinataire

SLAOUI HAYAT

LES BASES 2 N°18 BD YACOUB EL MANSOUR HAY

CASABLANCA

PATIENT		
NOM / PRENOM	N° DOSSIER	PERIODE DE FACTURATION
SLAOUI HAYAT	16609	

TIERS PAYANT

REF.PC

Date	NATURE DE PRESTATION	Quantité	Cotation CLE * COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	REMISE	MONTANT
ATTELLE DE GENOU							
06/01/2021	ATTELLE D'EXTENSION DE GENOU	2		490.00	980.00	0 %	980.00
SOUS TOTAL							980.00
Dont TVA incluse pour : <u>TauxTva</u>		<u>CA ht</u>	<u>Tva</u>	Totaux TTC			
		980.00	0.00			980.00	0.00
Total		980.00	0.00	TOTAL FACTURE			980.00
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 00 700 90				Arrêtée la presente facture à la somme de : NEUF CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS			

VISA :

CENTRE HOSPITALIER NOOR
de Rééducation et de Réadaptation
106, Ouled Benameur BP 40
Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 32 07 51/52/53 - Fax: 0522 32 07 50