

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule : 11964

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BÉZIAHAA My Niam

Date de naissance : 04/11/75

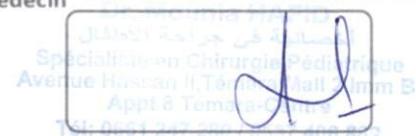
Adresse : Casablanca

Tél. : 0661858436

Total des frais engagés : 1037,80 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2013

Nom et prénom du malade : Béziahaa My Niam

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Béziahaa My Niam

Nature de la maladie : Béziahaa My Niam

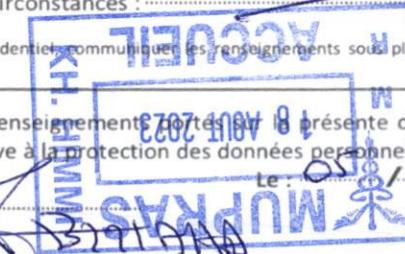
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicatif conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
05.02.	1	Co. 300.00		INP : 
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACE GRCI</i>	<i>05/08/23</i>	<i>237,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHOPROTHÉSISTE Orthèse Prothèse-Technologie Vente aux Particuliers (OP 00) Angle Av. Mohamed V et Av. El Haouz-Rabat Tél : 05 37 63 03 93 - Fax : 05 37 63 04 33 0908123						500,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soins															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



ORTHESE - PROTHESE - PODOLOGIE
Siège social : 3, Rue Hims Appt N° 2 - Rabat - Maroc
Siège Administratif : Angle Av Med VI et AV El Haouz - RABAT - Maroc
Tél: 05-37-63-03-93
Fax: 05-37-63-04-33
Email: orthoprotech@gmail.com

Facture

N° Facture : **FC30992023**
Patient : **25206**
Nom et prénom : **BERRADA MIA**
Nom du Payeur : **BERRADA MIA**

Orthoprotech : **Zaers**

Agent : **BOUIRMANE IMANE**
Suivi par : **Abdellah EL IDRISI**
Date : **09/08/2023 17:30**

Référence	Désignation	Qté.	P.U. HT	TVA	Total HT
SO01	PAIRE DE SEMELLE ORTHOPEDIQUE "E	1	416,67	20,00 %	416,67
Total HT :					416,67 DHS
Total TVA :					83,33 DHS
Total TTC :					500,00 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :

CINQ CENTS DIRHAMS

ORTHOPOTECH SARL
Orthese-Prothèse-Technologie
Vente aux Particuliers (OR 001)
Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz-Rabat
Tél.: 05 37 63 03 93 Fax : 05 37 63 04 33



Chirurgie traumato-orthopédie pédiatrique

Circoncision

Chirurgie viscérale et urologique

DIU de coeliochirurgie

الجراحة الباطنية والمسالك البولية

دبلوم جامعي في الجراحة بالمنظار

جراحة العظام والمفاصل للأطفال

الختان

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن سينا بالرباط

جراحة سابقاً بمستشفى سيدى الحسن تمارة

ORDONNANCE

05.08.23

I' Berakha Mia

109,50

Osteo care S.14

10x1ml x 2 fl

89,50

Abnormal site
5 fl

29,00

ffel S.14

237,50

10x5 ml x 1 fl

A. Senells orthopédiques
pour meubles pour pieds plats.

L'Atelier d'ORPID
J. Senells à Casablanca
Spécialiste Chirurgie Orthopédique
Avenue Hassan II, 36 - aura Mall 2 Idris B.
Casablanca-Centre
Tel: 0521 267 200 / 0527 406 802
Fax: 0527 1278

~~ORTHO-PROTECH SARL~~
~~Orthèse Prothésie-Technologie~~
~~Vente aux Particuliers (OR 001)~~
~~Angle Al-Mohamed Vile et AV El Haou-Rabat~~
~~Tel.: 05 37 63 03 93 - Fax: 05 37 63 04 33~~