

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9100**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MOUDNI Mohammed 1965

Date de naissance :

09-12-1965

Adresse :

OLFA, Gpe "U", Rue 25, N° 25

Télé : **0661336979**

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/01/2014**

Nom et prénom du malade : **EL MOUDNI BASMA**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

oulfa fai 85 et cl

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC**

Pathologie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
02/01/24	Gz		300,00	<i>Dr. Aminé</i> Médical Amine Téléphone : 05 22 70 38 53 Fax : 05 22 90 38 53 E-mail : medipro3@gmail.com

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

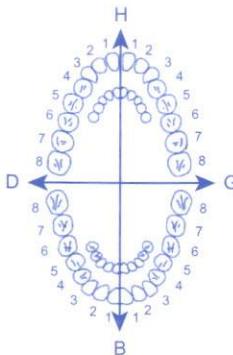
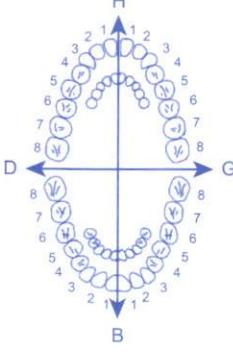
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Médipro</i> L'Agence médicale 3 Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux 05 22 70 38 53	06.01.2024	Seme fils ortho, ortho, orthopédiques				650,00 dhs

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	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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	G	
				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

Docteur Amine TAOUIFIK

Chirurgien Orthopédiste Et Traumatologue
chirugien De La Main Et Microchirurgie
Arthroscopie Et Chirurgie De Sport
Chirurgie Des Prothèses Hanches Et Genoux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI
Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire
Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
جراحة اليد و جراحة الرياضيين
تغطية المفاصل
خريج كلية الطب بباريس
دبلوم المحاجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات
طبيب ساق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس
طبيب ساق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 02/11/23 الدار البيضاء في

Dr. El moudni Bahne

Faire bague pour pied

flat valgus simple avec acharole
court

- Talonnette 1 cm -

- Soutien tête flambant -

- Cor interne 89 cœléane

(~~et spécial machine à laver~~)

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن «مقهى المدينة» الطابق الأول رقم الشقة 108

Angle Bd,Abdelloumen Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelloumen Centre "Café le Médina"- 1er étage Appartement n°108

Tel.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف: - E-mail : aminetaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني:

 drtaoufikamine

INPE : 111133260 - Patente : 42105266 - CNSS : 6933031 - ICE : 002191083000089



DEVIS

Pour: El moudni Basma

Devis:N 365/2023

Date:02/01/2024

Suite à votre demande de prix, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après notre meilleure offre de prix

Désignation	Quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant en ttc DH
Semelle orthopédique	2	325,00	650,00
Montant total TTC			650,00
Montant total TVA 20%			108,33

Arrété le présent devis à la somme de six cent cinquante dhs ttc

Direction



medicpro.ma

♦ MedicPro Siège :
38, Rue des hôpitaux, quartier des hôpitaux
Casablanca
Tél: 05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 22 15 64
Rib :007 780 000 409 90 00 0015 35 86

♦ Medicpro Centre d'appareillage
9, Rue Grasset, quartier des hôpitaux
Casablanca
Tél: 0522 20 23 73 / 06 61 75 91 12
E-mail: medic.pro3@gmail.com

IF: 40234831
Patente: 36334855
RC: 226261
CNSS: 8571988
ICE: 0000550140000080

FACTURE

FACTURE N° :A0010/2023

DATE FACTURE: 06/01/2023

ELMOUDNI BASMA

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
SEMELLE ORTHOPÉDIQUE	2	325,00	650,00
Montant total ttc			650,00
Montant TVA20%			108,33

Arrêtée la présente facture à la somme de six cent cinquante dhs(ttc) :

Direction

38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casa
tel: 05 22 27 03 55 - fax: 05 22 20 38 53
E-mail: medic.pro3@gmail.com

medicpro.ma

♦ MedicPro Siège :
38, Rue des hôpitaux, quartier des hôpitaux
Casablanca
Tél: 05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 22 15 64
Rib :007 780 000 409 90 00 0015 35 86

♦ Medicpro Centre d'appareillage
9, Rue Grasset, quartier des hôpitaux
Casablanca
Tél: 0522 20 23 73 / 06 61 75 91 12
E-mail: medic.pro3@gmail.com

IF: 40234831
Patente: 36334855
RC: 226261
CNSS: 8571988
ICE: 000055014000080

Reçu N° 008370

P.R.T
le 06.01.2024

Date : 02.01.2024

Reçu de : 1^{me} El. moudni Béchir a.

Objet : Semelles orthopédiques

Montant : 650,00 dhs

Avance : 200,00 dhs

Reste : 450,00 dhs

Signature :



38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 20 38 53
E-mail: medic.pro3@gmail.com

38, rue des hôpitaux quartier des hôpitaux - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 22 15 64

E-mail : medicpropatient@gmail.com - Site web : www.medicpro.ma
www.facebook.com/medicpro3/ - https://www.instagram.com/medicpro3/