

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

" Demande d'Accord préalable "

Déclaration de Maladie

N° W19-589647

69248



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10126

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : DADOUN HANNA

Date de naissance : 27-01-72

Adresse : 7 Avenue Stéphane Malloré Val floriane

Code : 10601

Tél. : 06 61 26 6615

Total des frais engagés : Dhs

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Autre

Société

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 10126 | Société : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : DADOUN HANNA | | Adresse : 7 Avenue Stéphane Malloré Val floriane | |
| Date de naissance : 27-01-72 | | Code : 10601 | |
| Tél. : 06 61 26 6615 | | Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|---|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| EDM 12, Rue Cassolance 13052 Aix en Provence FR 0524 47 20 59 0522 20 78 | 30.04.2021 | | Surveillance orthopédique Sur mesure | | | 700000 lt |

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Cachet et signature du Particulier</p> | |
|  | |

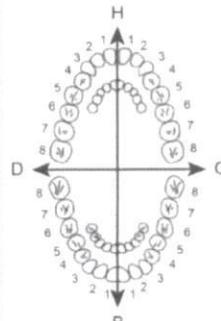
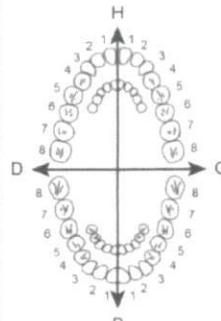
VOI ET APHEDEAIT

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'IRL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | |
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | D | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | 35533411 | 11433553 | | |
| | G | | | |
| | B | | | |
| | [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

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colon vertébrale

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي

اختصاصي

خريج كلية الطب بكلير蒙 فورم فرنسا

طبيب ملحق سابق بستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للتربيض الطبي

أمراض الروماتيزم

الغضام الناصل، العضلات

الميادن الفقرى والرجل

العصب بالأشن

Casablanca, le 21/4/26

1^{er} DADOU N HAO AA

- servelle orthopédique

BDM Pharma
14 Rue Dijla
Casablanca 20000
tel. 0522 47 20 09 / 0522 29 70 65

Dr Saïd RAMY
RHUMATALOGUE
39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél: 0522 26 68 78

GSM : 0661 42 78 23

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 0522 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr

FACTURE N° : 2021001496
HANAA DADOUN
Casablanca le, 30/04/2021
Code Client : 002365

| Code Article | Désignation | Qté | P.U. | Remise | Montant | Tva |
|--------------|--|-----|--------|--------|---------|--------|
| 010298 | BL N° 2021001850 DU 30/04/2021 | 1 | 700.00 | 0.00% | 700.00 | 20.00% |
| 011695 | FOOTCARE SEMELLES SUR MESURE SOUTIEN / | 1 | | | | |
| 010655 | FOOTCARE CAD CAM EP 33 / SH 30 NOIR | 1 | | | | |
| 010669 | FOOTCARE REVETEMENT 100% CUIR | 1 | 39.00 | **.**% | | 20.00% |
| | FOOTCARE ENV | 1 | | | | |



BDM Pharma
 14, Rue Dijla
 Casablanca - Afrique
 Tel: 0522 47 26 09 / 0522 20 76 27

583.33
20 %
116.67
TOTAL H.T.
583.33
TOTAL T.V.A.
116.67
DROIT DE TIMBRE
0.00
TOTAL T.T.C.
700.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SEPT CENTS DH.

Page: 1/ 1

FOOTCARE Orthopedie Sur Mesure

zone industrielle sidi maarouf lot 2 n 38 - Casablanca

Téléphone: 05 22 26 12 90 // 05 22 47 26 09// reclamation 06 63 84 84 86

eMail: contact@orthopediesurmesure.ma - Web: www.orthopediesurmesure.ma

PATIENT: HANAA DADOUN

ADRESSE: NR 9 RUE MALLARME RES LES JARDIN MAARIF, - CASA -

DATE DE NAISSANCE: 27/01/1972 (49 Age) POIDS: HAUTEUR:

PROFESSION: MÉDECIN: DR SAID RAMY

TÉLÉPHONE: T°PORTABLE: 06 61 24 66 19

TAILLE DES CHAUSSURES: 3940

PATHOLOGIE: PIED CREUX

EMAIL:

Analyse statique

Pressions moyennes

Pressions maximales

6,6 % 16,3 % 7,7 %

Pied gauche

Pression maximale:

112,2 Kpa(r)

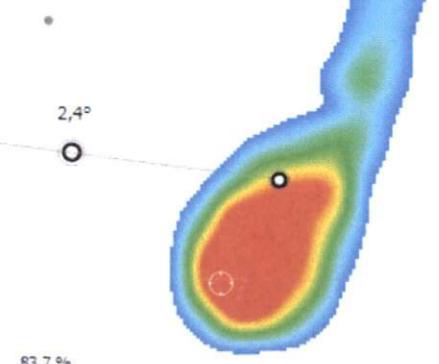
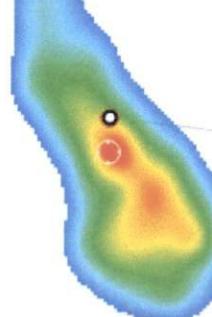
Pression moyenne:

36,8 Kpa(r)

Surface:

82,0 Cm²

43,1%



Pied droit

Pression maximale:

127,0 Kpa(r)

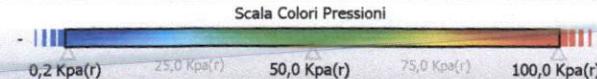
Pression moyenne:

52,5 Kpa(r)

Surface:

76,0 Cm²

56,9%



FOOTCARE Orthopédie Sur Mesure

zone industrielle sidi maarouf lot 2 n 38 - Casablanca

Téléphone: 05 22 26 12 90 // 05 22 47 26 09// réclamation 06 63 84 84 86

eMail: contact@orthopediesurmesure.ma - Web: www.orthopediesurmesure.ma

PATIENT: HANAA DADOUN

ADRESSE: NR 9 RUE MALLARME RES LES JARDIN MAARIF, - CASA -

DATE DE NAISSANCE: 27/01/1972 (49 Ans) POIDS: HAUTEUR:

PROFESSION:

TÉLÉPHONE:

MÉDECIN: DR SAID RAMY

TÉLÉPHONE: 06 61 24 66 19

TAILLE DES CHAUSSURES: 3940

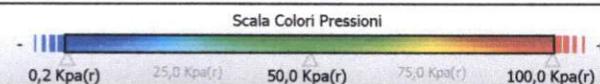
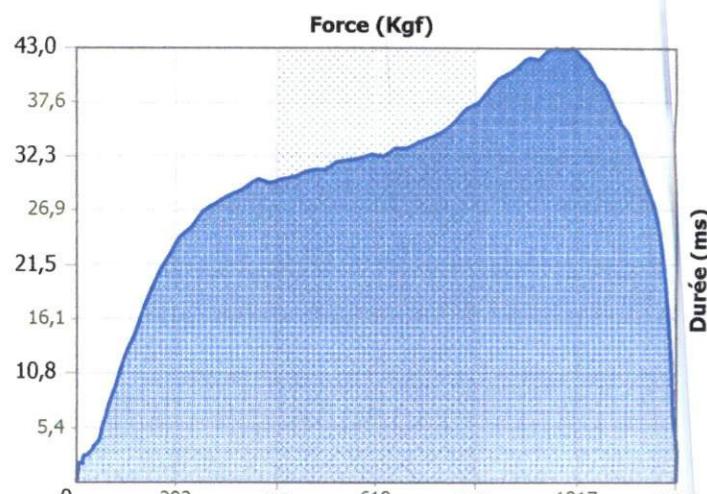
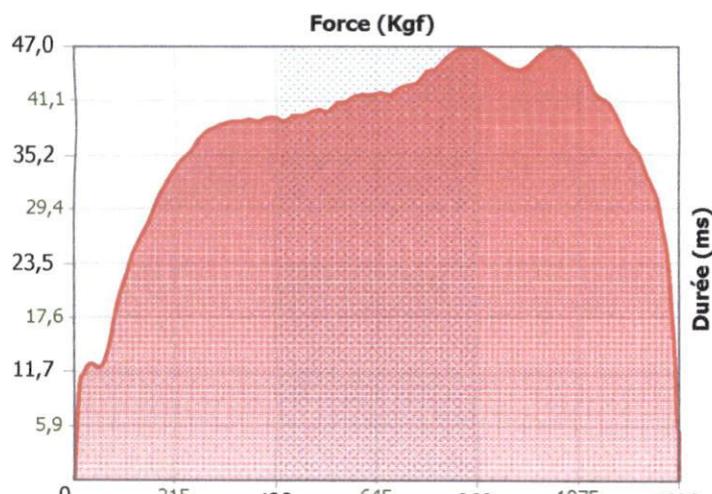
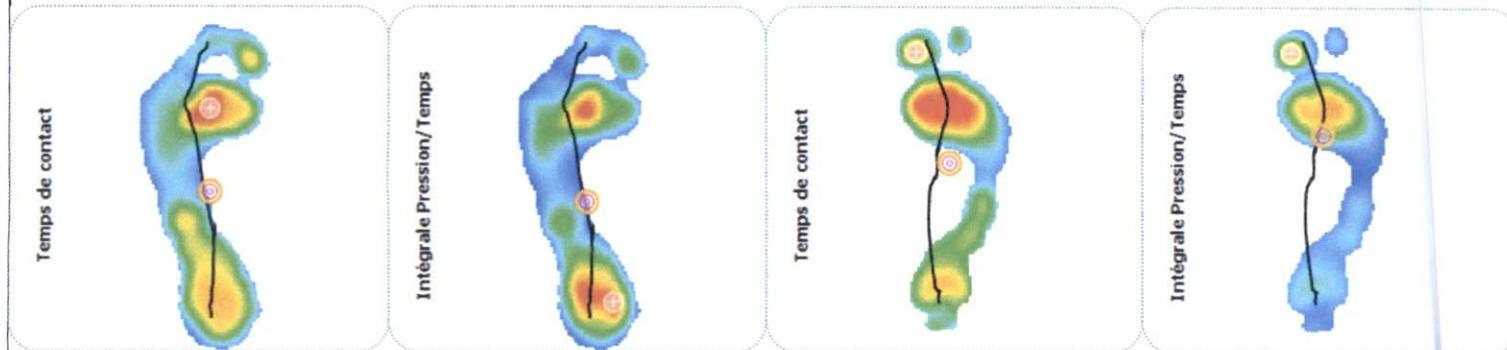
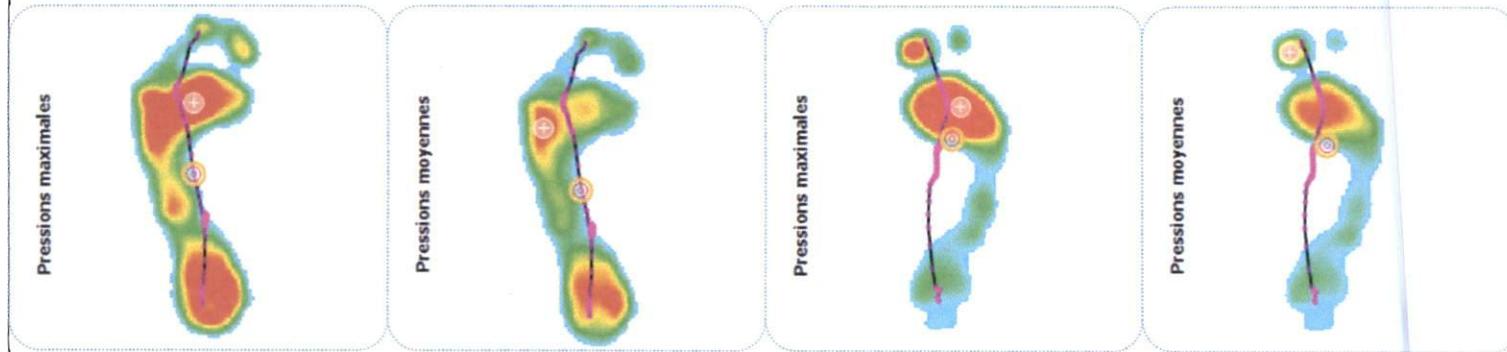
PATHOLOGIE: PIED CREUX

EMAIL:

Analyse dynamique

GAUCHE: Pas 4 - Durée: 1290 ms - Surface: 127,0 Cm²
Pression moyenne: 78,5 Kpa(r) - Pression maximale: 127,0 Kpa(r)

DROIT: Pas 3 - Durée: 1220 ms - Surface: 101,0 Cm²
Pression moyenne: 61,2 Kpa(r) - Pression maximale: 127,0 Kpa(r)



DEVIS N° : 2021000650

HANAA DADOUN

Code Client 002365

comercial : CENTRE ORTHOPEDIQUE

Casablanca le, 30/04/2021

| Code Article | Désignation | Qté | P.U. | Montant | Tva |
|--------------|--|-----|--------|---------|--------|
| 010298 | FOOTCARE SEMELLES SUR MESURE SOUTIEN / | 1 | 700.00 | 700.00 | 20.00% |
| 011695 | FOOTCARE CAD CAM EP 33 / SH 30 NOIR | 1 | | | |
| 010655 | FOOTCARE REVETEMENT 100% CUIR | 1 | 39.00 | | 20.00% |
| 010669 | FOOTCARE ENV | 1 | | | |

BDM Pharma
14 Rue Dijla
Casablanca
Tél. 0522 207895 / 0522270710 / 0520444800 - Fax: 05
22 20-78-95

| 20 % | | | TOTAL H.T. | TOTAL T.V.A. | TOTAL T.T.C. |
|--------|--|--|------------|--------------|--------------|
| 116.67 | | | 583.33 | 116.67 | 700.00 |