

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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W19-440211

72185

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04466

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASSY ABDELAZIZ

Date de naissance :

01/02/1963

Adresse :

LOT. HAMZA N° 113 SIDI MAAROUF
CASA

Tél. : 0668143380

Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr A. MOUDEN
Médecine Physique- Podologie
Tél. : 022.27.85.61 / 29.76.97

Date de consultation : 10.05.21

Nom et prénom du malade :

RASSY Boucha

Age: 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 l'confidence 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

Signature de l'adhérent(e) : 

26 MAI 2021

MUPRAS
ACCUEIL
BOUKAR

Le : 26/05/21

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
10.05.21			300,00	INP : 109/13866

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

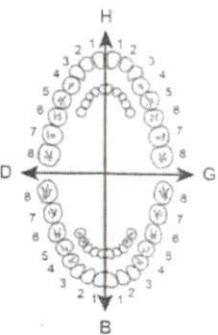
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

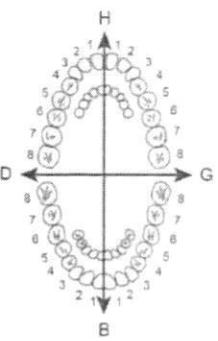
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ORTHO DENTALTECH S.A.R.L Rés. NASSIRIAH 2 Boulevard Marguerite du Jasmin Babou Habib - CASABLANCA Tél. : 0522.27.55.27	10.05.21					1200,00

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

specialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

Le 10.05.21

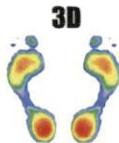
RASSY Boucha

Mr le pain des semelles Orthopédiques

Pour Talatgie

ORTHO PODIATECH S.A.R.L
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Jaâfa
Bnou Habib - CASABLANCA
Tél. : 0522.27.55.67

Dr. Abdelhak Mouden
Résidence Phénicia - Casablanca
Tél. : 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 44



Le Spécialiste du pied



CASABLANCA LE 10-05-2021

RASSY BOUCHRA

FACTURE N° 1130

Une paire de semelles orthopédiques au montant de 1200.00dhs

Mille deux cent dirhams



ICE 000026780000075

ORTHOPODIATECH - sarl

Ang. bd Bourgogne et Rue Ibn Habib , Rés. AlMachrik 2, (en face de la BMCI) Bourgogne - Casablanca - Maroc

📞 +212 5 22 27 85 67 - 📞 +212 6 49 01 40 07

RC : 111349 - IF : 1005388 - Patente : 35602099

🌐 www.orthopodiatech.ma 📱 orthopodiatech

ICE : 0000 2678 00000 75

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ... 10/05/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 04466 e-mail : arassy@royalairmaroc.com Phones : 0668 44 3320
 Nom et Prénom de l'adhérent : RASSY ABDELAZIZ
 Nom et Prénom du bénéficiaire : RASSY BOUCHRA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Dr A. MOUDEN
 Nécessite : Semelle orthopédique
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

Une hospitalisation de (approximatif) :
 A (préciser l'établissement hospitalier) :

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

Dr A. MOUDEN
Médecine Physique Podologie
Tél. : 022.27.85.61 / 29.76.91

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.