

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 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

- 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-662378

116797

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11975 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTALES NISKRINE

Date de naissance : 17/03/1981

Adresse :

Tél. : 0661.16.12.38 Total des frais engagés : 801

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed BOUK
Médecine des Os et des Articulations
Médecine du sport
Médecine des personnes âgées
437, Av. Com. Dries LHM, Cte Djamal
Casa - Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 07 Mars 2022

Nom et prénom du malade : BENTALES NISKRINE

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

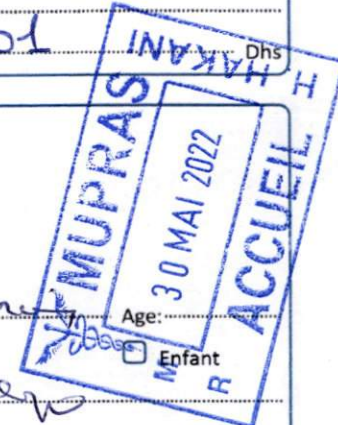
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
07 Mars 2022	2		20	INP: 091000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						601,10

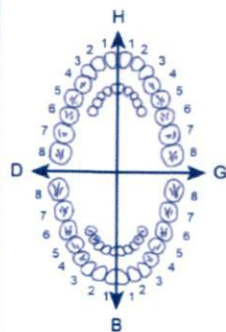
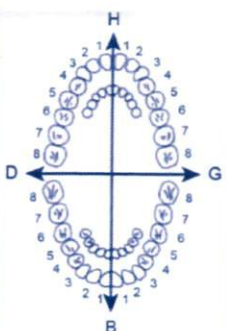
VOLET ADHERENT

RELEVÉ 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	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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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 Mohamed IDOUK

Diplômé en Gériatrie. Maladies des os et des articulations université de BORDEAUX

Diplômé en médecine du sport Université de RENNES

Ostéopathie du mal du dos et des articulations



الدكتور محمد إدوق

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

دبلوم أمراض الشيخوخة و المفاصل والعظام جامعة بوردو

دبلوم طب الرياضة جامعة رين

الوخز بالإبر والتقويم اليدوي لأمراض الظهر والمفاصل

07 MARS 2022

3500253 Alimé

part plats + talon Valger

le...

ORTHOPROTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
(OR 002)
46, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 47 48 30

Dr. Mohamed IDOUK
Médecine des Os et des Articulations
Médecine du Sport
Médecine des Personnes Agées
437, Av. 26m, Djes, CITÉ DJAMAA
Tél : 05 22 56 31 95
N°P: 0522 56 31 95 - 0016668910000

437, Avenue Commandant Driss Lharti Cité Djamaa - Casablanca 20450 - Maroc

Tél. C : 05 22 56 31 95 - Tél. D : 05 22 37 24 66

GSM : 06 64 77 81 12

IPE : 091066766

ICE : 0016668910000



أعطى ويطير
ORTHOPROTECH
ORTHOPROTHESISTE FABRICANT

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 : FC12692022
Patient : 17483
Nom et prénom : BENTALEB NISRINE
Nom du Payeur : BENTALEB NISRINE

Orthoprotech : GHANDI
Agent : RAHMOUNE FATIMA EZZAH
Suivi par : FATMA KANOUN
Date : 17/05/2022 18:16

Référence	Désignation	Qté.	P.U. HT	TVA	Total HT
SO02	PAIRE DE SEMELLE ORTHOPEDIQUE "A	1	500,00	20,00 %	500,00

Total HT : 500,00 DHS

Total TVA : 100,00 DHS

Total TTC : 600,00 DHS

Droit Timbre: 1,50 DHS

Net à payer: 601,50 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :

SIX CENT UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

ORTHOPROTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
(OR 002)
46, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 47 48 30

BENTALEB NISRINE

le 30 DAI 2022

CHEF DE CABINE INSTRUCTEUR

PATRICULE: 11975

A MURAS

BONJOUR, Madame, Monsieur,

Je tiens à vous informer que ma déclaration de maladie
N° W21 - 662378, contient une ordonnance de semelles
orthopédiques pour pieds plats et hallux-valgus et une
facture correspondante.

A aucun moment je ne savais qu'il fallait un accord
au préalable.

Je tiens à vous préciser aussi que la nature de mon travail
autant que navigant, nécessite un certain confort des
pieds et des jambes, vu que je reste debout de longues
heures.

Mon médecin m'a prescrit des bas de contention, des
semelles orthopédiques et des chaussures orthopédiques.
Je vous prie de bien vouloir m'indiquer la conduite à tenir
pour être remboursé, ~~Je vous prie de bien vouloir m'indiquer la conduite à tenir pour être remboursé, de la prise en charge de ces produits.~~

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part,
Je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses.

BENTALEBNTSRINE

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and a final horizontal stroke.