

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.

Dentaire

Optique

Autres

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 737 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAACH Mohamed

Date de naissance :

2. 04. 1945

Adresse : 401 Blvd Haj Fateh OULFA Casablanca

Tél. : 0676 24 89 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAACH Mohamed Age : 77 yrs

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pochette de drainage

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

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
		A M	P C	I M	I V	
ORLIMEDIS NEGOCE SARL N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjaoui et Rue de la Place - Casablanca Tél : 05 22 20 65 55	2019-06-22					649,99
ORLIMEDIS NEGOCE SARL N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjaoui et Rue de la Place - Casablanca Tél : 05 22 20 65 55	2019-06-22					718,99

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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552 00000000
D	00000000
B	35533411 11433553

[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

ORLIMEDIS NEGOCE

DEVIS N° :

DE2200489

Date	CLIENT	PAGE
05/07/22	34210475	1

MAACH MOHAMED

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
	SHOWROOM	NONE	

Référence	Qté	Désignation	P.U HT	Montant HT
103871ALTER	10	POCHE COLOSTOMIE COOPLAST 70MM	25,000	250,00
100451ALTER	10	SUPPORT COLOSTOMIE 70MM	29,167	291,67
OR-5X18P-1	1	SPARADRAP CONFORPLASTE 5X18	51,402	51,40
001CS	2	COMPRESSES EN GAZE STERILES 10X10CM 16PLIS	6,542	13,08

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tel : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
541,67	20%	108,33
64,48	7%	4,52

H.T	Mt TVA	Total TTC
606,15	112,85	719,00

Arrêtée le présent Devis à la somme de:
Sept cent dix-neuf Dhs

DHs

ORLIMEDIS NEGOCE SARL au capital 100.000,00 - Siège: 22bis, rue Lahcen El Arjoun, Casablanca
Tél. :0522 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 - Fax : 0522 27 37 09 E-mail : contact@orlimedisnegoce.com
RC : 383759 - C.N.S.S. : 5643128 - Taxe Professionnelle : 36339321 -I.F: 24849341 -ICE: 001928097000020-

SG - RIB 022780000085002873509274

SIEGE: 22bis, rue Lahcen El Arjoun, Casablanca - Tel : 05 22 27 65 75

www.orlimedisnegoce.com

ORLIMEDIS NEGOCE

DEVIS N° :

DE2200457

MAACH MOHAMED

Date	CLIENT	PAGE
21/06/22	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
	SHOWROOM	NONE	

Référence	Qté	Désignation	P.U HT	Montant HT
HAR900603	1	SPARADRAP OMNIFIX 10X10CM	42,056	42,06
103871ALTER	7	POCHE COLOSTOMIE COLOPLAST 70MM	25,000	175,00
100451ALTER	7	SUPPORT COLOSTOMIE 70MM	29,167	204,17
2650ALTER	1	PATE COLOSTOMIE COLOPLAST	116,667	116,67

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél. : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA	H.T	Mt TVA	Total TTC
42,06	7%	2,94	537,90	102,10	640,00
495,84	20%	99,16			

Arrêtée le présent Devis à la somme de:
Six cent quarante Dhs

ORLIMEDIS NEGOCE SARL au capital 100.000,00 - Siège: 22bis, rue Lahcen El Arjoun, Casablanca
Tél. :0522 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 - Fax : 0522 27 37 09 E-mail : contact@orlimedisnegoce.com
RC : 383759 - C.N.S.S. : 5643128 - Taxe Professionnelle : 36339321 -I.F: 24849341 -ICE: 001928097000020-
SG - RIB 02278000085002873509274
SIEGE: 22bis, rue Lahcen El Arjoun, Casablanca - Tel : 05 22 27 65 75
www.orlimedisnegoce.com