

## **RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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'performance 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 dépôt du traitement.
  - La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
  - La radio-avis soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALE

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mlupras.com
  - Prise en charge : pec@mlupras.com
  - Adhésion et changement de statut : adhesion@mlupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 08-08 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-728497

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>003381</u>	Société : <u>RAM</u>	<u>ND</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ND</u>
Nom & Prénom : <u>TAZI LARBI</u>		<u>ND</u>	
Date de naissance : <u>01/01/1961</u>			
Adresse : <u>22 BP OMAR KHAYYAH HAY</u>			
Tél. : <u>066893903</u>		Total des frais engagés : <u>1600</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	24/10/2022
Norm et prénom du malade :	TAZI LARBI
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Talalgie
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 Mutualité.	

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. 321

Fait à : CHATEAU

**Signature de l'adhérent(e) :**

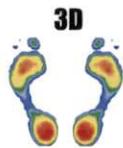
Le ~~10~~ 00, 1000

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
24/08/22	Cn	300,00		INP : 0914141460 Dr. Abdellatif, Médecin, 11, Bd Bourguiba, 330522299000 Fax: 0522 27 88 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
ORTHO PRACTICE 1630 AV. LAURIN M. SIC Bn. 304 Lyonne - Rue Jules Ibnou Hassen - CASABLANCA <i>gl</i>	24/08/22				1200,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>												



*Le Spécialiste du pied*

CASABLANCA LE 24-08-2022

## TAZI LARBI

FACTURE N°1702

Une paire de semelles orthopédiques au montant de 1200.00dhs

**Mille deux cents dirhams.**

ORTHO PODIATECH S.A.R.L  
Res. Al MACHRIK 2  
Angle Bd. Bourgogne - Rue Jaâfar  
Ibnou Habib ~~CASABLANCA~~  
Tél. : 05 22 27 85 67

---

### 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

✉ orthopodiatech ✉ orthopodiatech186@gmail.com

ICE : 0000 2678 00000 75

# الدكتور عبد الحق مودن

## Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - اقامة 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 24/08/2022

TAZI LARBI

(1) Une paire de semelles orthopédiques  
pour Talalgie

ORTHO PODIATECH S.A.R.L  
Rés. AL MACHRIK 2  
Av. Bd. Bourgogne - Rue Jaâfar  
Ibnou Habib - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 27 85 67

