

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7020 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BATASSA SALAH

Date de naissance : 7 1 1960

Adresse : HAY EL Qods Res EL FAJRINE

.....El Berroumousi casse

Tél. : 06-84333570 Total des frais engagés : 33.650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Age:

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	
OTTO BOCK ORTHOPEDE 165, Route Ouled Alian Tél: 05 22 28 04 04 Fax: 05 22 28 04 04 Casa - Maroc	18/17/23					33650,00ds

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G	00000000	00000000		
	B				
	[Création, remont, adjonction]				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	DATE DU DEVIS			DEBUT D'EXECUTION	
	DATE DE L'EXECUTION				FIN D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

FACTURE

ottobock.

REFERENCES FACTURE ET PATIENT

Numéro : 125/23
Date : 18/07/2023
Client : BATASSA SALAH
Adresse : HAY QODS RES EL FAJR IMM A N°5
BERNOUSSI
Ville : CASABLANCA

OTTOBOCK MAROC

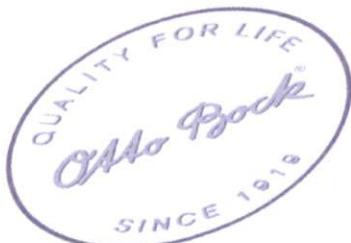
186, route des Ouled Ziane
20500 CASABLANCA
MAROC

REFERENCES ORGANISME DE PRISE EN CHARGE

Nom :
Adresse :

Référence	Ref AMO	Désignation	Qté	Prix
PMITT004M PROTHESE TIBIALE AVEC PIED TRIAS 1C30 ET MANCHON EN SILICONE				
PI06ZSA63	JB120506	PROTHESE ENDOSQUELETIQUE AVEC EMBOITURE RESINE	1	
VI6X603		MANCHON SILICONE	1	
VI6F001		SUPPLEMENT EN COMPOSITE DE CARBONE	1	
2794487		PIED DE CLASSE 2 - TRIAS 1C30	1	
AI3Z001		DISPOSITIF DE RECHERCHE D ALIGNEMENT	1	
I14P01	JE 20003	MOULAGE	1	

Sous total HT	33 650,00
TVA exonérée	-
Total Dhs H.T	33 650,00



OTTO BOCK Maroc
ORTHOPIEDIE - PROTHESES
186, Route Ouled Ziane - Casa - Maroc
Tél.: 05 22 28 04 29 - 05 22 28 04 30
Fax: 05 22 28 07 98 (28)

Arrêté la présente facture à la somme Hors taxes de TRENTE TROIS MILLE SIX CENT CINQUANTE Dirhams

Les ventes d'appareillages spécialisés, destinés exclusivement aux personnes handicapées, sont exonérés de la TVA
(CGI 2012 Section III Art 91 VI 2°)