

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-830355

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12585	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	28/13
Nom & Prénom : ZEFERHO UNI SOUFIANE			
Date de naissance : 01/11/1997			
Adresse : RESIDENCE SQUARE JMA 8 Appart 19 ALMA 2 CASA			
Tél. : 0662129149		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin		Dr. Abdelhak MOUDEN
Cachet du médecin :		Médecine Physique- Ostéopathie 119, Bd de Bourgogne, Résidence Phénicia RDC - Casablanca Tel. 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61 Fax : 05 22 29 94 44
Date de consultation :		17/01/2024
Nom et prénom du malade :		Laraibi Houda
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		Metatarsalgie
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 : CASA Signature : Le : 17/01/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin contestant le Paiement des Actes
17-01-24	Cr		300 ues	MOUDEN
				Physique : Ostéopathie : 091M3860
				durée : 1h 22 min 56s
				Signature : Abdellah MOUDEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Tel.: 05 22 54 00 00 Fax : 05 22 54 00 01 N°P : 05	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

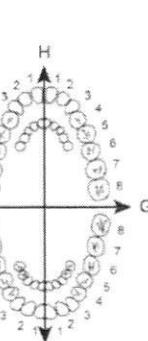
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ORTHOPODIATHE S.A.H.L Ref. AL MACHRIK 2 Angle Bd. Bourguiba et Bd. Jaâfar Boulli - Casablanca Tél. 05 22 27 85 67	17.01.84					1200.00

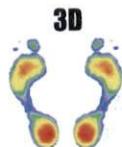
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

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"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
																					
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
<table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>G</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000	35533411		11433553	B		G
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B		G																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					



CASABLANCA LE 17/01/2024

LARAQI HOUDA

FACTURE N°30

Une paire de semelles orthopédiques au montant **1200.00dhs**

Mille deux cents dirhams

ORTHO PODIATECH S.A.R.L
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd Bourgogne - Rue Jaâfar
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tél. +212 522 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

L'auréat de la faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la société Française d'ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فينيسيا - الدار البيضاء - الهاتف 119

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

Tél : 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61

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

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP : 091113860

Le 17-01-2024

LARAQI HOUADA

1) une paire de semelles orthopédiques

Pour Metatarsalgie

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique- Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne, Résidence
Phénicia - Casablanca
Tel. 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 41
INPE : 091113860

ORTHO PODIATECH S.A.R.L
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd. Bourgogne - Rue Jaffar
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tél. : 05 22 27 75 67