

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.

M23-0018243

Optique *197582* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *03396* Société : *RAN*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *CHEDDADI ABDELOUHAIS*

Date de naissance : *19/01/58*

Adresse : *16 LOT MANDARINA 801 DARROUR*

CASA 20270 Tél. *06 50 81 85* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Cohjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : *11/03/2024* Le : *11/03/2024*

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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

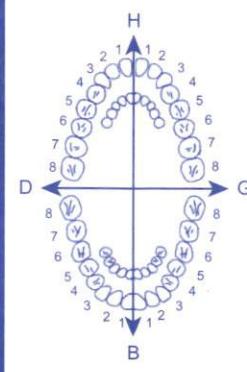
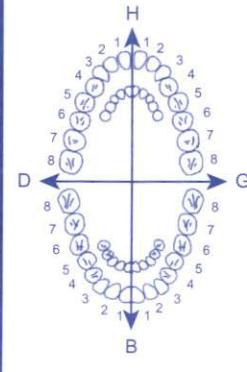
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ORTHO PODIATECH Rés. AL MACHRA Angle Bd. Bourgoigne - Rue Jaâfar Bouhou Hadda - CASABLANCA Tél: 22 27 85 61	2024-03-24					1200,00

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												
				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														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	35533411													
G	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amine ABDELAOUI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Lauréat de la Faculté de Médecine Paris Diderot - france .
- Diplômé de l' Université Paris Est Créteil - france .
- Ancien chirurgien des hôpitaux de Paris - france .
- Ancien chirurgien du CHU Mohammed VI de Marrakech .



الدكتور أمين عبد الراوي

اختصاصي في أمراض وجراحة العظام و المفاصل

- فريج كلية الطب بباريس دiderot - فرنسا .

- دبلوم من جامعة باريس ايست كريتاي - فرنسا .

- جراح سابق بمستشفيات باريس - فرنسا .

- جراح سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش .

CABINET DE CONSULTATIONS ORTHOPÉDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES

Casablanca Le : 29 FEV 2024

ORDONNANCE :

Mr. ABDELOUAHABCHEDDADI :

Renseignements cliniques :

Déformation en varus de l'arrière pied droit sur un morphotype de pied hyper-creux , chez un patient de 66 ans .

Prière de renouveler la confection pour ce patient :
De semelles orthopédiques correctrices avec un coin supinateur pour le pied droit , sur mesures , adaptées à son anomalie et son morphotype de pieds .

Cordialement ..

ORTHO PODIATECH SARL
Rés. AL MACHRIK 2
Angle Bd Bourgogne - Rue Zajjar
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tél. 05 22 27 85 67

Dr Amine ABDELAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
778 Boulevard El Qods Casablanca
Tel 06 61 56 53 00

المستعجلات : 06 61 56 53 00

778 - Boulevard El Qods - Résidence La Perle d'EL Qods - 3ème étage (avec ascenseur) - N° : 7

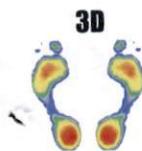
Lotissement Mandarona - Aïn Chock - Casablanca

778 - شارع القدس - إقامة لايرل ديل القدس - الطابق الثالث (بالمصعد) - رقم:

حي منظروة - عين الشق - الدار البيضاء

Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com

الهاتف: 05 22 21 61 41 البريد الإلكتروني: amine.abdelaoui@gmail.com



Le Spécialiste du pied



CASABLANCA LE 11/03/2024

CHEDDADI ABDELOUAHAB

FACTURE N°171

Une paire de semelles orthopédiques au montant de 1200.00dhs

Mille deux cents dirhams

ORTHO PODIATECH
Rés. AL MACHRIK
Angle Bd. Bourgogne - Rue Ibn Habib
Ibnou Habib - CASABLANCA
Tél : +212 5 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

@ orthopodiotech orthopodiotech186@gmail.com

ICE : 0000 2678 00000 75