

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037437

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0299 Société : Rm

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CHAT YOUSSEF

Nom & Prénom : CHAT YOUSSEF

Date de naissance : 19/06/68

Adresse : 19 7679

Tél. 06 98 15 75 39 Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mouna BEN MOKHTAR
PODOLOGUE
2 Bis, Rue Abou Abdellah Nafi
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 17 97

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN KIRANE MAWAL Age: 55

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 15 MAR. 2024

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 : Casablanca Le : 15 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BEN MOKHTAR PODologue Rue Abu Abdellah Nafi Maârif - Casablanca Tél: 05 22 99 17 97	14-03-2024	1	1	1	1	1600,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(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



Mouna Ben Mokhtar-Oechsel

PODOLOGUE

Diplômée EFOM Paris

Podologie Sportive
Semelles Orthopédiques
Pédicurie Médicale
Traitement laser
Posturologie

Casablanca, le 15-03-24

M^{me} Bouline Nawal

Compte rendu :

- Douleurs Talons bilatéral majorée à gauche -
- examen podométrique : surcharge côté gauche 57% -
- marche en pronation -
- talps^o douloureux pied gauche : Talon (épine calcanéenne) + LFCO + 4^{es} orteils

2 Bis Rue Abou Abdellah Nafii Maarif - Casablanca

Tél : + 212 5 22 99 17 97

E-mail : podologiebenmokhtar@gmail.com

Traitement: Par Semelles orthopédiques
thermoformées afin de répartir les
charges ainsi que de soulager
le Talon gauche douloureux -

Mouna BEN MOKHTAR

PODOLOGUE

2 Bis, Rue Abou Abdallah Nafi

Madrinet - Casablanca

Tél: 05 22 99 17 97





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

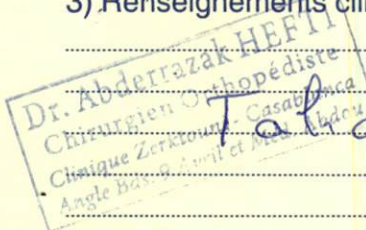
1) NOM et Prénom :

BEN KIRANE NAWA

2) Date de la constatation de l'état du malade :

05/03/24

3) Renseignements cliniques sommaires :



Talocré plantaire

4) Traitement envisagé et actes :

Traitement algéodique

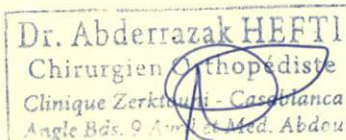
Par Semelle

5) Durée prévisible du traitement :

Esa Le 11/03/24

Mouna BEN MOKHTAR
PODOLOGUE
2 Bis, Rue Abou Abdellah Nafi
Madrif - Casablanca
Tél: 05 22 99 17 97

Signature





Casablanca le : 14/03/2024

HONORAIRES :

NOM : **BENKIRANE**

PRENOM : **NAWAL**

DATE	LIBELLE	MONTANT
	1 PAIRE DE SEMELLES ORTHOPEDIQUES	1600.00 DHS
		1600.00 DHS

Mouna BEN MOKHTAR
PODOLOGUE
2 Bis, Rue Abou Abdellah Nafi
Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 99 17 97