

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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 : 1022 Société : ABA1 53866

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mme AANAN Hafnia ép ABAS.

Date de naissance :

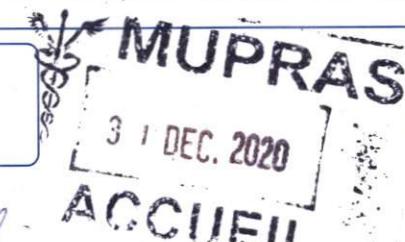
Adresse : Réidence EL OUAOUZI 144. 44. APT. N°6

Hay ESACAK

Tél. 06.69.36.36.79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABA1 Bouchra

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

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
ES/1/1/2020		Ca	Avant tout	Rahaf Abduh Hésiste Réanimateur INPE : 091188131

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
23, Rue des Hôpitaux des Béguines, Quartier Télé : 05 22 86 58 21 Fax : 05 22 27 37 09	20 AOUT 2011	BS-11-2011				1200000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

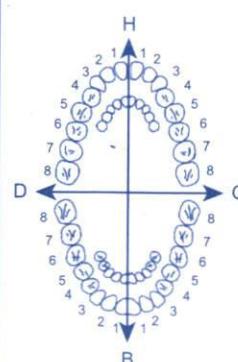
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

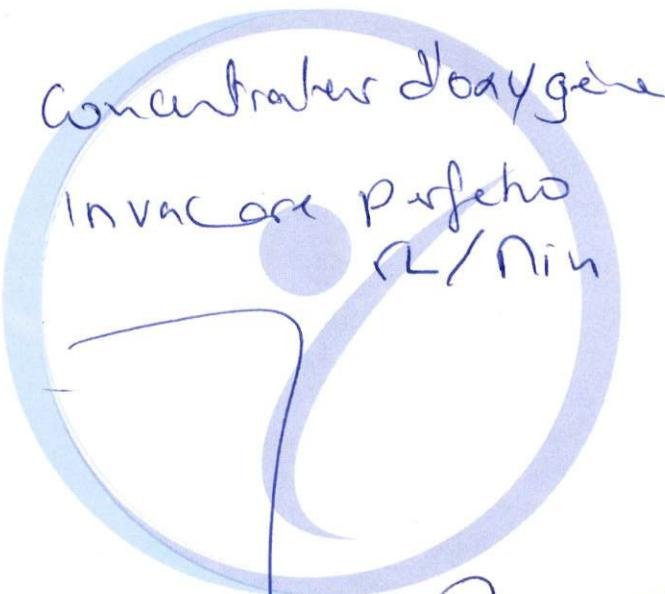
VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 25/11/2020

Ordonnance

ABAD. Bouchaïb





Espace Médical

Facture N° :

FN207586

ABAD BOUCHAIB

Date	CLIENT	PAGE
25/11/20	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
TPE001087+4600E	20AOUT	NOS SOINS	VERS

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U HT	R%	MT HT
1521652-PERF	1	CONCENTRATEUR D'OXYGENE INVACARE PERFECTO FIXE 5L/MIN NS 20HF015919	20%	10 000,000		10 000,00

ORLIMEDIS AGENCE 20 AOÛT
 23, Rue Lahcen Al Arjoun, Quartier
 des Hôpitaux Casablanca
 Tel.: 05 22 86 58 21
 Fax : 05 22 27 37 09

MT HT	TVA	MT TVA
10 000,00	20%	2 000,00

H.T	Mt TVA	Total TTC
10 000,00	2 000,00	12 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Douze mille DHs

SARL au capital 1.500.000,00 - Siège: 44, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux-Casablanca
 Tél. :0522 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 - Fax : 0522 27 37 09 E-mail : contact@orlimedis.com
 RC : 282565 - C.N.S.S. : 9616212 - Taxe Professionnelle : 36394672 - I.F: 14435128 - I.C.E: 000007535000061-

RIB 007 780 001030200000160 65 /AWB - RIB 225780067700340651012391 /CA
 Showroom : 38, Angle rue de gros du breuil et rue des hôpitaux, Casablanca - Tel : 05 22 27 65 75
 Magasin 20 Aout: Rue Lahcen Al Arjoun N°23, Casablanca - Tel : 05 22 86 58 21

www.orlimedis.com