

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

181724

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 6235 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAKIR. Zed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1415,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amina LAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
angle Bd. Aïssel Noumen Anoual N°1
Le Moumen Centre 1er Etage Appart 110
Casablanca - Tel. 05 22 304 777

Date de consultation : 07/11/2023

Nom et prénom du malade : JAKIR Zedane Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : NEB O Constatation Diagnose

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 : caser Le : 07/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2023	115,70
19225188 52000009		

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 <input type="text"/>					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
	$\begin{array}{r l} H & 26533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$				
	[Création, remont, adjonction]				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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"/>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine TAOUIFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
 Chirurgien de la main et Microchirurgie
 Arthroscopie et Chirurgie de Sport
 Chirurgie des prothèses Hanches et Genoux
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI
 Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire
 Ancien Résident à l'institut Français de Chirurgie de la main
 Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
 جراحة اليد و جراحة الرياضيين
 تعويض المفاصل
 خريج كلية الطب بباريس
 دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام و المفاصل و العضلات
 طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس
 طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 07/01/23 الدار البيضاء في

Rx 1/2/23

1) Nicolo 50 mg 1cp x 28 (1012) 37,00

(37,00) Aletex. ep (1012) 37,00

(37,00) Nicoff frax. 1cp x 30 (1012) 25,70

4) Recette - 25,70

115,70 1cp x 39

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع 12 أتوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن «مقهى المدينة» الطابق الأول رقم الشقة 108

Angle Bd. Abdelmoumen-Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre "Café le Médina" - 1er étage Appartement n°108
 Tel.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 البريد الإلكتروني : aminetaoufikorthot@hotmail.fr

Instagram : drtaoufikamine