

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.

Dentaires :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0033266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9100 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDNI Mohammed 192468

Date de naissance : 09-12-1965

Adresse : OULFA, Gpe "U", Rue 25, N° 25

Tél : 0661336979 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAOUFIK Amine
Chirurgienne Orthopédiste - Traumatologie
Angle Boulevard Abdelmoumen - Annual N° 1
Abdelmoumen centre - Casablanca
Tél : 0522 864 777

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2024

Nom et prénom du malade : EL MOUDNI BASMA Age :

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

Nature de la maladie : Buleur f... et c

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 122

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
02/02/24	G2		300,00	

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
		A M	P C	I M	I V	

Semeilles orthopédiques

650,00 dhs

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

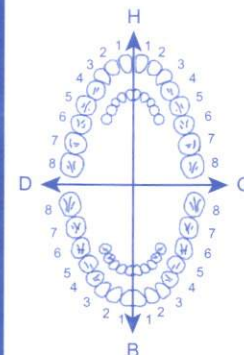
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine TAOUFIK

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 Articulaires 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 والمفاصل والعضلات
طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس
طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 02/11/23 الدار البيضاء في

09 En moulini Rahme

Faire semelle pour pied
plat valgus simple avec achille
court

- Semelle 1 cm.

- Soutien voûte plantaire.

- Cor interne sp. calcaneus

(et spécial machine à laver)

MedicPro650
38, Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 27 00 00 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medicpro650@gmail.com

Dr. TAOUFIK Amine
Chirurgienne Orthopédiste - Traumatologue
Angle Boulevard Abdelmoumen-Anoual N°1
Abdelmoumen centre - Casablanca
Tél : 0522 864 777

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن «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
Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail : aminetaoufikortho@hotmail.fr : البريد الإلكتروني

drtaoufikamine

INPE : 111133260 - Patente : 42105266 - CNSS : 6933031 - ICE : 002191083000089

DEVIS

Pour: El moudni Basma

Devis: N 365/2023

Date: 02/01/2024

Suite à votre demande de prix, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après
notre meilleure offre de prix

Désignation	Quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant en ttc DH
Semelle orthopédique	2	325,00	650,00
		Montant total TTC	650,00
		Montant total TVA 20%	108,33

Arrêté le present devis à la somme de six cent cinquante dhs ttc

Direction

MEDIC PRO
38, Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medic.pro3@gmail.com

medicpro.ma

FACTURE

FACTURE N° :A0010/2023

DATE FACTURE: 06/01/2023

ELMOUDNI BASMA

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
SEMELLE ORTHOPEDIQUE	2	325,00	650,00
		Montant total ttc	650,00
		Montant TVA20%	108,33

Arrêtée la présente facture à la somme de six cent cinquante dhs(ttc) :

Direction


38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medic.pro3@gmail.com

medicpro.ma

Reçu N° 008370

P.E.T
le 06-01-2024

Date : 02.01.2024

Reçu de : M^{lle} EL moudni Basm

Objet : Semelles orthopédiques

Montant : 650,00 dh

Avance : 200,00 dh

Reste : 450,00 dh

Signature :


38 Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 27 03 53 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medicpro@gmail.com

38, rue des hôpitaux quartier des hôpitaux - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 22 15 64

E-mail : medicpropatient@gmail.com - Site web : www.medicpro.ma

www.facebook.com/medicpro3/ - https://www.instagram.com/medicpro3/