

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037750

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8663 Société : R. A. M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAWFIK Hicham 197271
 Date de naissance : 10/03/1972
 Adresse : RES. LILIA III E ET-É APPT 73 AIN CHOK Casablanca
 Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : 357,00 +300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. N. LATIF IDRIS TRAUMATO ORTHOPEDIST 75, Boulevard Massira Al Khayr Tél 05 22 25 23 25/05 22 25 34
 Date de consultation : 22/02/2024
 Nom et prénom du malade : TAWFIK Hicham Age: 52 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Visusupphr
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 01 MAR 2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

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.

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

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
22/02/2025	S		30000	<i>[Signature]</i> 05 22 25 23 25 25 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	31/02	<i>[Signature]</i> PHARMACIE YASMINA 77 Rue Ibn Nafis Hay Yasmina Berrechid - Tél: 0522 52 31 88 ICE: 00050810000024 - N°PE: 062057401

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	

RELEVÉ 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 ou des de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF

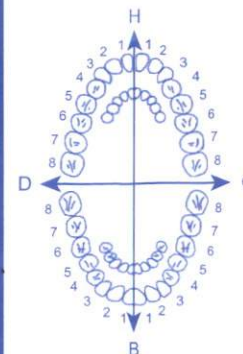
SOINS DENTAIRES

PPC: 320,00 DH



Neutral Code: GUJ/DRUGS/G/28A/6197-A

LOT Batch No. H2305029
Mfg. Date 05/2023
Exp. Date 04/2026



LOT/EXP.:

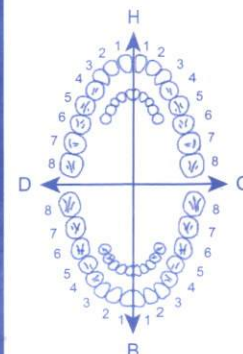
HF8913
06/2028
P.P.V:37DH70

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

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام

Mr. (Mmc) :

السيد (ق):

 32×1

Grav - vid

37.2 Sep metal 80

352/2
PHARMACIE YASMINA
77, Rue Ibn Nafis Hay Yasmine
Berrechid - Tél: 0522 53 31 88
ICE: 09050381800024 - INPE: 0020147

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO ORTHOPEDISTE
75 Boulevard Massira Al Khatt
05 22 25 23 25 22 25 ?
16 00

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

Dr. N. Latif
a l'honneur de vous adresser
par la poste
3-12

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO
ORTHOPÉDISTE
75 Boulevard MASSIRA Al KHADRA
05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 16 / Fax : 05 22 25 25 07