

RÉCOMMANDATIONS 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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

202883

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11022

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT SAID AFAF

Date de naissance : 11/04/1976

Adresse :

Tél : 0522 919 111

Total des frais engagés : 558.34 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AIT SAID AFAF Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

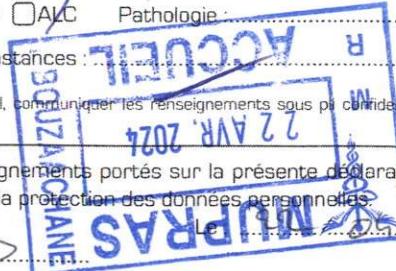
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

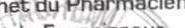
Signature de l'adhérent(e) :



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
14/12/2020	G		300,00	Dr. TAHAR Chirurgien de l'orthopédiste. Angle Boulevard Abdellatif Ben Abdellah et Avenue Abdelloumen centre - Casablanca Tél : 0522 864 777
			-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/24	2583,00 Dhs.

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

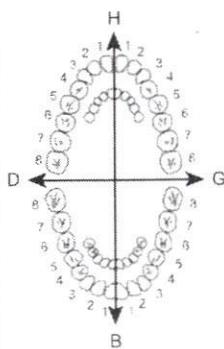
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553



[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Docteur Amine TAOUIFIK

الدكتور أمين توفيق

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

Dr. TAOUIFIK Amine
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Angle Boulevard Abdelloumen N°1
Abdeloumen centre - Casablanca
Tél : 0522 864 777

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد وجراحة الرياضيين

تreatment 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

١٤/٢/٢٠٢٢

الدار البيضاء في



Mr. AIT SAID Haf

15217

of ARCELIK 90 gr

(5x15) 199 (0150)

371

ACEROLA C

P.P.V : 37,00
LOT : EXP :

(ملكرندا) 19 x 37 gr each

37 Noceifol forte

693

N 37
A.S

COOPER PHARMA
PPV: 69,30 DH

عبدالوهاب و شارع تلوك رقم 1 إقامة عبد الوهاب «مقهى المصطفى» الطابق الأول رقم الشقة 08

Angle Bd. Abdelloumen-Bd. Anoual N°1 Résidence Abdeloumen Centre "Cafe le Médina" 1er étage Appartement n°108

Tel: 0522 864 777 GSM: 061 864 811 Email: aminetaoufikortho@gmail.com البريد الإلكتروني:

@drtaoufikamine

INPE: 111133260 - Patente: 42105266 - CNSS: 6933031 - ICE: 002191 08300 089

2583 230 889 100