

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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

N° W19-497252

C.A

ND<sup>o</sup>: 17350

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3682	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SKALLI FATAKCHI ANASS			
Date de naissance : 08/08/66			
Adresse : 8 LOT HINDA CHAMPIGNON			
Tél. : 0667065395	Total des frais engagés : 0 DHS		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/06/19			
Nom et prénom du malade : SKALLI FATAKCHI ANASS			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SKALLI FATAKCHI ANASS			
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) :



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
3/12/19	G		300,-	INP 11183260
				<i>Amaline</i>
				<i>orthopédi</i>
				<i>Bd. A.</i>
				<i>Amaline</i>
				<i>orthopédi</i>
				<i>Bd. A.</i>
				<i>Amaline</i>
				<i>orthopédi</i>
				<i>Bd. A.</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/13	13679

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <b>KINNARAYA</b> CENTRE PARAMEDICAL 101, Avenue St-Jeanne-de-Chantal Gatineau, Québec, G1Y 4P6 Télé.: 613-222-2122 - Fax: 613-215-4999	23/12/13	12 séances	1 séance			P.u.: 130,00 dh
	03/01/14	Rééducation	Lymphatique			Total:
		PP 3 en + 4 en	soit			156,00 dh
	26/12/13					60,15 dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																
<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	G	35533411	11433553																															
	H	25533412	21433552																																													
	D	00000000	00000000																																													
	-----																																															
	B	00000000	00000000																																													
	G	35533411	11433553																																													
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																															
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																															

# Docteur Amine TAOUIFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

# الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تقويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le

23/12/18 الدار البيضاء في

~~Mr. Siessei Essack Anouf.~~  
INAE-092067768

~~of Bioprofevid 100 IP~~  
63 IP A q x 2 f j (10/1)  
10

~~Algoval Jauale (fert.)~~

~~79 IP 1000 2 f j (10/1)~~

~~13670~~

DOCTEUR Amine TAOUIFIK  
Chirurgien orthopédiste et traumatologue  
Angle Bd. Abdelmoumen Anoual  
Casablanca - Tel: 0522 864 777  
Fax: 0522 864 777

زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (أديد اس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd. Abdelmoumen - Bd. Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1<sup>er</sup> étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني :

**ALGANTIL®**

PPV 72DH80      EXP 05/2022  
LOT 93002/1

**GEL**  
**POUR APPLICATION LOCALE**

# Docteur Amine TAOUIFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

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

تقويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام و المفاصل و العضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le .....

دار البيضاء في

23/12/19

Dr Amine TAOUIFIK

Abdelkader Frechemi

60,15 dh

(02)

M.

LOCAMED SERVICE  
MATERIEL MEDICAL  
Vente en Magasin (G1)  
et vente pour toute autre transaction

50, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA  
TEL.: 05 22 94 20 43 / FAX: 05 22 94 20 43

Dr Amine TAOUIFIK  
Chirurgien orthopédiste et Traumatologue  
Bd. Abdelmoumen Anoual  
Centre 1er Etage N°110  
Casablanca - Tel.: 05 22 864 777

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd. Abdelmoumen - Bd. Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1<sup>er</sup> étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr

# Docteur Amine TAOUIFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

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

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

03/01/2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

## M. SKALLI FATTACHI ANASS

Entorse IPP D3 et D4 avec raideur en flexion (Déficit d'extension 30°).

Faire 15 séances de physiothérapie supplémentaires.

MTP doux +++ US+++

Massage et drainage des doigts.

Travail en actif aidé de la flexion et extension des doigts.

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1<sup>er</sup> étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني :



Casablanca, le 3/01/2020

## Facture N°: 03/2020

Nom du patient: Dr. Skalli FAHACH Aissa

Sur prescription du médecin: Dr. Amine Tadif

Nombre de séances: 12 séances de kinésithérapie

Prix unitaire: 130 dh.

Total: 1560 dh

Arrêter la présente facture à la somme de: 1.111 Cinq Cent

Dixante Dix-huit

KINÉ HEALTH  
CENTRE MEDICAL  
Rue 3ème Avenue, quartier Omaria, Casablanca  
TÉ: 0522.21.21.12 - FAX: 0522.815.469

Bd. Al Quods, quartier Omaria, Résidence Al Quods GR1, Appt. 1 RDC

Tél.: 0522.21.21.12 - Fax: 0522.81.54.69