

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-603628

8326h



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2354

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0653966534

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/07/2011

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXEMPLAIRES DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

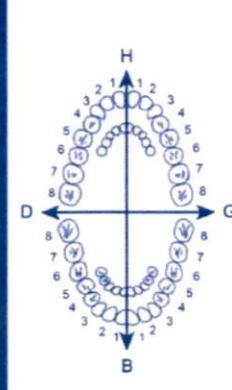
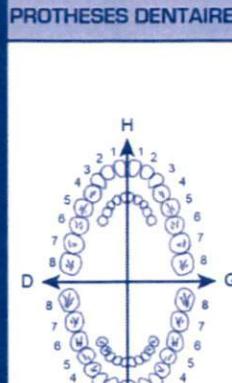
## ST ADHERENT

## 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"/>
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b>	25533412 00000000 00000000 35533411	<b>G</b>	21433552 00000000 00000000 11433553
	<b>D</b>		<b>G</b>	
	<b>B</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
				<b>Date de l'exécution</b> <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

Chirurgie de la main

Chirurgie 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

الدار البيضاء في

Casablanca, le .....

27/07/2021

M. ENNASSIRI RACHID

Aponevrosite + Talalgie droite

Infiltration Echoguidée			
K10 ( Depomedrol 80mg+Lidoaine 2%)	500,00	1,00	500,00
			500,00

Cinq Cent dirhams

Docteur Amine TAOUIFIK  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Bd. Abdelmoumen Anoual N°1  
Abdelmoumen Centre 1er Etg Appt 110  
Casablanca - Tel: 0522 864 777

زاوية شارع عبد المولمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المولمن (مقهى المدينة) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd. Abdelmoumen - Bd. Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (café médina), 1<sup>er</sup> étage

البريد الإلكتروني : 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - البريد الإلكتروني : aminetaoufikortho@hotmail.fr

Instagram : drtaoufikamine

