

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-702281

122830

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKHRAJY Yamina

Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : 3 Rue Tahar Ben Hayane

Imp. Belmoumen - Casablanca

Tél. : 06 6377 3387 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : ESSAKHRAJY YAMINA Age :

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

Nature de la maladie : Exostose osseuse

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.



# 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
31/05/22	G		300,00	INF: [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	31/05/2022	253,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	Traitées	Soins															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXE

## Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Chirurgien de la main et Microchirurgie  
Arthroscopie et Chirurgie de Sport

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

## 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 و المفاصل و العضلات

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

31/05/2022

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

Je soussigné Dr A. TAOUFIK, certifie avoir examiné ce jour Mme ESSAKHRAJY YAMINA née en 1946, présente :

*ATCD pathologique médicaux :*

Une coronaropathie avec pise en place d'un STEINT et d'un BALLON en 2015

*Ce jour elle se plaint de :*

Une coxarthrose de la hanche droite au stade chirurgical avec sciatalgie bilatérale,

Je lui préconise un traitement médical AINS après avis de son cardiologue Dr ZOUBAIDI et antalgique et de la Prégabaline Alyse 25/j.

Un ENMG des membres inférieur est souhaitable pour évaluer l'état neurologique en rapport avec sa scoliose dégénérative avec canal lombaire étroit.

Courrier adressé au :

Dr ZOUBAIDI Cardiologue

Et Dr AACHOURI Neurochirurgien

Docteur Amine TAOUFIK  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Bd Abdelmoumen Anoual N°1  
Abdelmoumen Centre 1er Etage Appartement N°1  
Casablanca Tél 05 22 864 777

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

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

الإنستغرام : drtaoufikamine



# Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main et Microchirurgie

Arthroscopie et Chirurgie de Sport

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

# 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 و المفاصل و العضلات

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 8/10/22 في الدار البيضاء

Handwritten notes and signatures in blue ink, including names like "Abdelmoumen", "Amine", and "S.V.", along with dates and times (e.g., "0/2/10", "0/0/1"). There are also red circular stamps with "S.V." inside.

PPV: 86DH40  
PER: 02/25  
LOT: L803-11



Lot.: 21F423

Exp.: 06.2024

PPV: 136DH50

LOT: K1540  
PER: 06/24  
PPV: 10DH30

PPV: 10DH30  
PER: 12/24  
LOT: K3786

PPV: 10DH30  
PER: 12/24  
LOT: K3524