

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-684754

243525

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6462 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LARQUI HANNA NI DRID

Date de naissance : 07-08-1966

Adresse : 3 lot Karam

Tél. : 066133 5007 Total des frais engagés : 3300,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/17

Nom et prénom du malade : LARQUI HANNA NI DRID Age : 1966

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

Nature de la maladie : Polyarthrite

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 n'ai pas connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08 / 01 / 17

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
4/10/22	G	300	300,00	INP : 111133260

[illegible][illegible][illegible]

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

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

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

Casablanca, le 04/10/22 الدار البيضاء في

M. Abdelmoumen Driss

10/ Mefsal Bouy ep. 10/1
10/1 (01/10)

20/ Abdelmoumen ep
10/1 (01/10)

30/

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Anoual N°1
Abdelmoumen Centre 1er Etage Appartement N°110
Casablanca - Tél: 0522 854 777

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 854 777 - 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 في الدار البيضاء

04/10/2022

Mme LARAQUI DRISS

Lombosciatalgie.

Faire 20 séances de Rééducations.

3 / semaine

IR, M.TP+++ et US.

Electrothérapie antalgique.

Renforcement ceinture scapulaire, rachis dorso lombaire et sangle abdominale avec gainage.

THERMOTHERAPIE

CENTRE LAGHZAOU
Kiné et Bien-Être
72, Place de la Liberté - Casablanca
Erg. 1000 - Casablanca
Tél : 05 22 58 52 85

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd Abdelmoumen Anoual N°1
Abdelmoumen Centre 1er Etage Apt 110
Casablanca - Tél: 05 22 894 777

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

الإنستغرام: drtaoufikamine

Centre LAGHZAOU

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

Casablanca, le

FACTURE

Concernant : M *Laragui Driss*

Mme AMINA LAGHZAOU vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
<i>20</i> Séance rééducation	AMM 9+5/2	<i>20</i>	<i>x 150</i>	<i>= 3000 DH</i>

TOTAL DEVIS : *= 3000 DH*

Arrêté le présent facture à la somme de

Trois mille dix

Calendrier des Séances :
- 7.10.22
- 10.10.22
- 14.10.22
- 17.10.22
- 20.10.22
- 24.10.22
- 27.10.22
- 31.10.22
- 3.11.22
- 7.11.22

- 10.11.22
- 14.11.22
- 17.11.22
- 21.11.22
- 24.11.22
- 27.11.22
- 5.12.22
- 8.12.22
- 12.12.22
- 29.12.22

CENTRE LAGHZAOU
Kinésithérapie Bien-Être
72 Place de la Division Leclerc
Oasis-Casablanca
Tél : 0522983285 / GSM : 0606445737

CENTRE LAGHZAOU- 72 Place de la Division Leclerc- Oasis-CASABLANCA

Tel : 0522983285/ GSM : 0606445737 – RC269863 – CNSS : 9304388 – Patente : 34891173-ICE : 000160843000026