

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8703 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAOUFIKA ALI

Date de naissance : 26.12.1960

Adresse : Imt HABIBA Rue 1 N° 11 Hadj Fateh Casablanca

Tél. : 0664.6775.57 Total des frais engagés : 816.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.03.23

Nom et prénom du malade : TAOUFIKA ALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur poitrine chiot Rhizarthrose

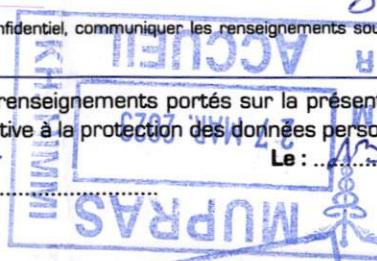
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 13.03.2023

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
23/03/2023	S	1	300,00	DR CHAOUKI Signature en CASA 06/03/2023
23/03/2023	consultation	1	350,00	DR CHAOUKI Signature en CASA 06/03/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SIDI HAMZA CASABLANCA</i>	13/03/2023	83,-
<i>SIDI HAMZA CASABLANCA</i>	18/03/2023	83,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

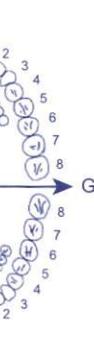
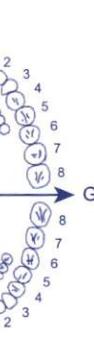
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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										
				Coefficient des travaux									
				Montants des soins									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins									
				Date du devis									
				Date de l'exécution									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatisques
Traumatologie du sport
Chirurgie de la main
Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

اختصاصي في جراحة الكسر وتقويم العظام
جراحة العظام والمفاصل
الجراحة الرياضية
جراحة اليد
خريج جامعة بروكسل

ORDONNANCE

Casablanca, le 18/03/2023

TAOUFIKA - ALI

Abdelkader

g g



DRP ready

530
AB

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Bd. Abdellatif Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca
Tél: 0522 93 10 28

Dr. M. CHOUAKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 GSM: 0661 19 99 59

DOULEURS - INFLAMMATION

Ibuprofène 400 mg

Nurofen®

Voie orale

PPV :

30,00 Ⓡ

LOT :

PER :

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatisantes
Traumatologie du sport
Chirurgie de la main
Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

اختصاصي في جراحة الكسر وتقدير العظام
جراحة العظام والمفاصل
الجراحة الرياضية
جراحة اليد
خريج جامعة بروكسل

ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/10/2023

TAOUFIKA A.C.

Nurofén 400 mg
30,00 - 2 - 0 - 2 au repas

53,00 IPP 2mg
1/4 les soirs

83,00

STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Lotis. Hal Jatib Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelloumen - CASA
Tél: 0522 26.68.46 - GSM: 06 61 19.99.59

DOULEURS - INFLAMMATION

Ibuprofène 400 mg

Nurofen®

Voie orale

PPV :

30,00 Ⓛ

LOT :

PER :

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopédiste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques
Traumatologie du sport
Chirurgie de la main
Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

اختصاصي في جراحة الكسر وتقويم العظام
جراحة العظام والمفاصل
الجراحة الرياضية
جراحة اليد
خريج جامعة بروكسل

ORDONNANCE

93 / 03 / 2023
Casablanca, le:

TAOUFIKA . Ali

Regu le Somme
de 3500 Dhs pour envoi de
prece chif.

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPÉDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26.68.46 - GSM : 06 61 19.99.59