

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-661546

AS 6716

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9143		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	AAAD AATIMAD
Nom & Prénom : AHAD AATIMAD		Date de naissance : 23/04/1966	
Adresse : 3, Rue Abdellah Ben Aissa CASA DABIS.			
Tél. : 066 1341446		Total des frais engagés : 4573,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29/03/2023			
Nom et prénom du malade : AHAD AATIMAD Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Docteur A.A. Chirurgien Orthopédiste 5ème étage 1er étage Casablanca - Tel: 05 22 20 45 45			
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. Date : 08 AVR 2023			

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 : 08/04/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Reçus et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/03/2023	G		300,00	INP : 1353200 DCCM Chirurgien Chirurgie et Anesthésie et Chirurgien Chirurgie et Anesthésie et 1 Bd Abdelemouen Anoual 1 Centre 1er Elg A 1 Tunis 105224534

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.3.2023	168.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire BIR ADDE 117, Bd Bir Anzara CASABLANCA</i>	<i>29/03/23</i>	<i>B:60+pm</i>	<i>105.000 Dhs</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																				
				INP : <input type="text" value="11111111"/>																				
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>																				
				Montants des Soins <input type="text"/>																				
				Début d'Execution <input type="text"/>																				
				Fin d'Execution <input type="text"/>																				
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B			
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
		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"/>																						

Docteur Amine TAOUIK

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 والمفاصل
 جراحة اليد و جراحة الرياضيين
 تعويض المفاصل

خريج كلية الطب بباريس
 دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات
 سبب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس
 سبب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le

29/3/2023

الدار البيضاء في

79,00

79,00

~~10~~

~~MEFSAL 15 mg x 10~~
 100 mg (1000)

89,50

~~9~~

~~MEASFLEX COOL 1000~~
 100 x 20

~~T=168,50~~

ISOPHARM
 NEWFLEX GEL
 RAFARECHISSANT
 89,50 dhs

PHARMACIE MIRABEL CASA
 A. SAMKAOUI, Docteur en Pharmacie - ULP (Strasbourg)
 INPE 001841239000017
 5, Rue des Pauvretés, 20410 Oasis - Casablanca
 Tél. 0522.23.21.59 - Fax : 0522.23.25.45 - mirabel9@msn.com

دكتور أمين توفيق
 Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
 Angle Bd. Abdelmoumen Centre "Café Le Médina" - 1er étage Appartement n° 108
 Abdelmoumen Centre - Tel: 05.22.854.711



زاوية شارع عبد المولمن و شارع أنواو رقم 1 إقامة عبد المولمن «مكتبي 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 : aminettaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني :

Instagram : drtaoufikamine : الإنستغرام

Docteur Amine TAOUIFIK

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

تقويض 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

29/3/23

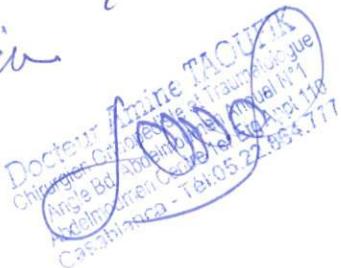
الدار البيضاء في

Mr Abdellah Bazzane

Fax: 0522 881023

- Acidé urique -

- Calcine



زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن «مقهى المدينة» الطابق الأول رقم الشقة 108
Angle Bd. Abdelloumen - Bd. Anoual N° 1 Résidence Abdelloumen Centre "Café Le Médina" - 1er étage Appartement n° 108

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

Instagram : drtaoufikamine

الإنستغرام : drtaoufikamine

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083
Patente : 35870583
IF : 01006693
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 29-03-2023

Mme Aatimad AHAD

FACTURE N°

2303291082

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0100	Acide urique	B30	B
0104	Calcium	B30	B

Total de B : 60

TOTAL DOSSIER

105.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinq dirhams quarante centimes

B
Bir Anzarane - Casablanca
Laboratoire d'ANALYSES



Prescripteur : Dr AMINE TAOUIFIK

Dossier ouvert le : 29-03-2023 15:34

Edité le : 30-03-2023

Réf : 2303291082

Mme AHAD Aatimad

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 1

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Acide Urique: 56.00 mg/l (<71.00)

Calcium: 93.90 mg/l (84.00-102.00)

Fin du compte rendu

Dr N. BAAJ
Pharmacien biologiste
BIR ANZARANE - Casablanca
N°2 007462860003
de Biologie Médicale
Laboratoire d'Analyse

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Valide

Dr N. BAAJ
Pharmacien biologiste
