

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 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

W21-831535

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11134 Société : R. A. M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAOUD / MASHA

Date de naissance : 18/05/82

Adresse :

Tél : 0660 159320 Total des frais engagés : 738,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. JAOUFIK Amine

Chirurgienne Orthopédiste - Traumatologie

Angle Boulevard Abdelmoumen-Anoual N° 1

Abdelmoumen centre - Casablanca

Tél : 0522 864 777

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : SAAOUD / MASHA Age :

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

Nature de la maladie : Douleur avec contracture du trapèze

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHÉRENT

ACCUEIL

Maille res	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
---------------	---

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/08/23	G		300,00	

ANALYSES - RAP

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2022	438.6

... du	... Dés
--------	---------

[illegible]

Signature	Date des	
-----------	----------	--

[illegible]


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.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

PROTHÈSES DENTAIRE

PROTHESES DENTAIRES

<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div>	
<div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div>	

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Docteur Amine TAOUFIK

الدكتور أمين توفيق

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main et Microchirurgie

Arthroscopie et Chirurgie de Sport

Chirurgie des prothèses Hanches et Genoux

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

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
جراحة اليد وجراحة الرياضيين
تعويض المفاصل
خراج كلية الشرايين
ديبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات
طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد
طبيب سابق بمصحات طب الأسنان

Angle Boulevard Abdelmoumen Centre "Café le Médina" - 1er étage Appartement n°108
Tél: 0522 864 777

Casablanca, le 7/12/23 في الدار البيضاء

Dr. SAAD. Vajda

LOT : 231507
EXP : 10/2026
PPV : 76,60DH

ARIZIR 90 cp

DULASTAN[®] 100 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés
37,00

DULASTAN cp

MYANTALGIC[®]
PPV 290H50

Myantalgic cp

PVC: 198.00DH

Nociceptil spray

5°/ Raciper
48.00 - 19/5 Edouard
AS

(Seahsol)

PPV: 46 DH 00

et deur fien

100/100

496



Dr. TAOUFIK Amine
Chirurgie Orthopédique - Traumatologie
Angle Boulevard Abdelmoumen-Anoual N°1
Abdelmoumen centre Casablanca
Tel: 0522 864 777

EXP: 55,10
PPV: 55,10

438.60

