

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] _____ Matricule : 11134 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : SAAOUD / MAFSA Date de naissance : 18/2/80

Adresse : _____

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

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Dr TAOUIFIK Amine

Chirurgienne Orthopédiste - Traumatologue

Angle Boulevard Abdelmoumen-Anoual N° 1

Abdelmoumen centre - Casablanca ..

Tél : 0522 864 777 ..

Date de consultation : 07.12.2023

Nom et prénom du malade : SAAOUD / MAFSA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dorsalgie avec contracture du trapeze

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

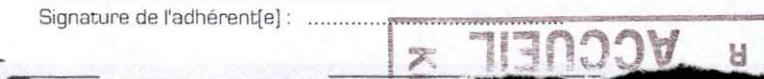
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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 ANTI-PIGEON

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
07/08/23	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2023	438.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

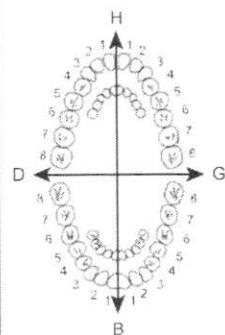
Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

دكتور أمين توفيق

Dr. TAOUIFIK
 اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
 Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
 Chirurgie 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

جراحة اليد و جراحة الرياضيين
 تعويض المفاصل

خريج كلية الطب بباريس

دبلوم الموجات فوق الصوتية في العظام والمفاصل

طبيب سابق بالمعهد التوفيقى لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمصلحة العظام والالمفاصل

Abdelmoumen centre - Casablanca - Tel: 0522 864 777

Casablanca, le

7/12/13 الدار البيضاء في

LOT :	231507
EXP :	10/2026
PPV :	76,00DH

DULASTAN 500 mg / 2 mg
 Boîte de 20 comprimés
 37,00

MYANTALGIC
 PPV 290H50

PVC: 198.00DH

50

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنواو رقم 1 إقامة عبد المؤمن «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 - البريد الإلكتروني : aminetaoufikorth@hotmail.fr : الهاون : 0661 864 844

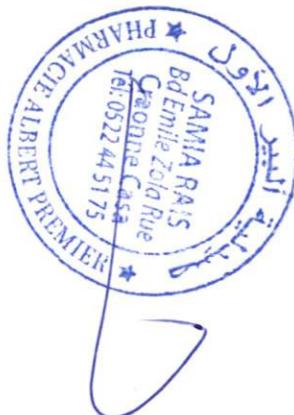
Instagram : drtaoufikamine

S/ Receipt
W. 20 - Sent 1958 (01/2)
Bechir.)
Dr. TAUFIKA
Chirurgienne Orthopädiste
Angle Boulevard Abdel
Abdelmoumen
Tel: 11246 DH 00

leach / leave

496

138.62



EXP :
PPV : 55,10