

# 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 |

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.



Ma  
PPV

Déclaration de Maladie

N° W21-768710

130218

pas pourri

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6266	Société : Retraite RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HIMID RACHID			
Date de naissance : 04-03-1958			
Adresse : RUE 15 N12 ERAC INEGANE AGADIR			
Tél. : 0653719176	Total des frais engagés : 541.00		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 29/10/2022	
Nom et prénom du malade : HIMID RACHID	
Age : 64	
Lieu de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Courtes d'air thorax	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : accident domotique	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at-médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tafifane

Le : 29/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W21-768710
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Matricule : 6266
Nom de l'adhérent(e) : HIMID
Total des frais engagés : 541.00

## **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
27/10/2022	Ch	02	200,00	INP : 041172784
				Dr. Omar ZEGLIDI Chirurgien Orthopédique et Traumatologue Bd. Med V. Iomm, Amman 4ème Etage N° 32 INEGANE Tél: 06-99-31
				INP

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie EL HADRA Dr. Tawfiq MAHJOUB Bd. Al Mourabitine - 34BIS des Fonctionnaires - INEZGANE Tél.: 05 28 83 75 07</p> <p>8</p>	27/10/22	111,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. OMAR ZAHIDI Chirurgien Orthopédique et Traumatologue Dr. Med V. Imm. Ammar - Avenue Eliege N° 32 INEIGANE Tél: 05 28 33 33 23	 041172784	Dr. OMAR ZAHIDI Chirurgien Orthopédique et Traumatologue Dr. Med V. Imm. Ammar - Avenue Eliege N° 32 INEIGANE Tél: 05 28 33 33 23	 041172784

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

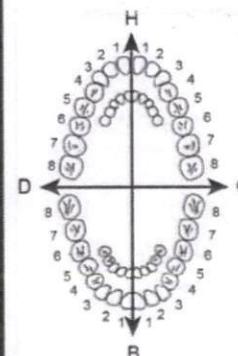
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	214333552
00000000	000000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

# Dr. Omar ZAHIDI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

- Diplômé de la faculté de médecine de Marseille FRANCE
- Ancien praticien des hôpitaux français
- Diplômé en pathologie du sport
- Diplômé en chirurgie du pied et de la cheville
- Diplômé en chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de l'arthrose ( prothétique)



## الدكتور عمر زاهيدي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب بمرسيليا، فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات فرنسا
- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة القدم والكاحل
- دبلوم الجراحة بالمنظار
- جراحة ارتداء الغضروف (المفاصل الإصطناعية)

27/10/2022

INEZGANE le

انزكان في

بالموعد  
sur rendez-vous

### Note d'honoraire

Je soussigné Dr ZAHIDI OMAR certifie avoir touché les honoraires suivants de Mr HIMID RACHID

- Consultation C2 : 200dhs
- Radiographie Z20 : 200dhs



Scanner pour localiser

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار ، الطابق 4 رقم 32 ( أمام بلدية انزكان ) - انزكان  
Bd. Med V, Imm Amanar, 4ème étage N°32 ( En face de la Municipalité) - INEZGANE  
Tél : 05 28 33 33 23 06 25 44 3825 - E-mail : chirurgiedusportif@gmail.com  
I.F : 15278819 - T.P : 49301982 - ICE : 000286740000075



# Dr. Omar ZAHIDI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

- Diplômé de la faculté de médecine de Marseille FRANCE
- Ancien praticien des hôpitaux français
- Diplômé en pathologie du sport
- Diplômé en chirurgie du pied et de la cheville
- Diplômé en chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de l'arthrose ( prothétique)



## الدكتور عمر زاهيدي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب بمرسيليا، فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات فرنسا
- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة القدم والكاحل
- دبلوم الجراحة بالمنظار
- جراحة ارتداء الغضروف (المفاصل الاصطناعية)

بالموعد  
sur rendez-vous

27/10/2022

INEZGANE le

انزكان في

## Interprétation de radiographie

Mr HIMID RACHID

Il s'agit d'une radiographie du thorax F  
Absence de lésion

**Dr Omar ZAHIDI**



Scanner pour localiser

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار ، الطابق 4 رقم 32 ( أمام بلدية انزكان ) – انزكان  
Bd. Med V, Imm Amanar, 4ème étage N°32 ( En face de la Municipalité ) - INEZGANE  
Tél : 05 28 33 33 23 06 25 44 3825 - E-mail : chirurgiedusportif@gmail.com  
I.F : 15278819 - T.P : 49301982 - ICE : 000286740000075



# Dr. Omar ZAHIDI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

- Diplômé de la faculté de médecine de Marseille FRANCE
- Ancien praticien des hôpitaux français
- Diplômé en pathologie du sport
- Diplômé en chirurgie du pied et de la cheville
- Diplômé en chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de l'arthrose (prothétique)



## الدكتور عمر زاهيدي

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب بمارسيليا، فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات فرنسا
- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة القدم والكاحل
- دبلوم الجراحة بالمنظار
- جراحة ارتداء الغضروف (المفاصل الإصطناعية)

27/10/2022

INEZGANE le

انزكان في

بالموعد  
sur rendez-vous

Mr HIMID RACHID

22.00 x 2

1- Cédol cp

1cp trois fois par jour pd 10j

52.80

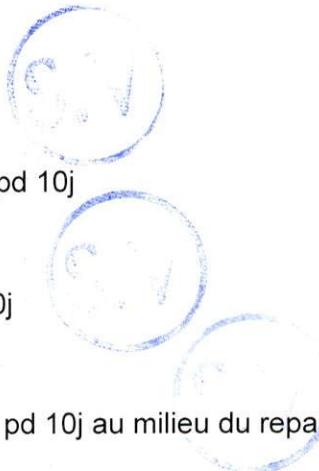
2- Prazol 20mg

1 gélule par jour pd 10j

44.20

3- Difal 50mg

1 cp trois fois par jour pd 10j au milieu du repas



147.5  
Pharmacie EZZAHRA  
Dr. Tawfiq MAHJOUBI  
Bd. Al Mourabitine 34BIS, Cité  
des Fonctionnaires - INEZGANE  
Tél.: 05 28 33 75 04

Dr. Omar ZAHIDI  
Chirurgien Orthopédiqe et Traumatologue  
Bd. Med V, Imm. Amanar 4ème Etage  
N°32 INEZGANE  
Tél : 05 28 33 33 23

INP

041172784

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار ، الطابق 4 رقم 32 (أمام بلدية انزكان) - انزكان  
Bd. Med V, Imm. Amanar, 4ème étage N°32 (En face de la Municipalité) - INEZGANE

Tél : 05 28 33 33 23

E-mail : chirurgiedusportif@gmail.com

I.F : 15278819 - T.P : 49301982 - ICE : 000286740000075

Scanner pour localiser

