

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 : N° P19-0005961

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIS Date de naissance : 04/08/1957
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0664 074 077 Total des frais engagés : 457,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : H. HAKKANI
Dr Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)
Cité Djama - Tél. 0522 556 444
ICE: 301681267000045
Date de consultation : 11 OCT 2022
Nom et prénom du malade : M. AZIZ - BOUCHAIS Age : 48/57
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lumbago
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 : Casa Le : 26 OCT 2022
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
26 OCT 2022		1	300 DA	Dr Mohamed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 398. Bd. Reda Gdira (Ex. Nil) Cité Diamaa - Tél. 0522 556 444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOO "C" Rue 2 N° 116 Bloc (C) QAI Qods Sidi Bernabou Cecoblanca	26 10 22	157,30
GHOFRANE NPE : 092029248		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

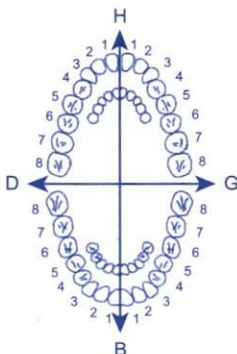
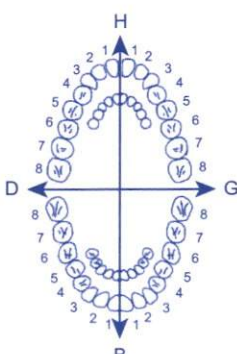
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412		21433552																					
	00000000		00000000																					
	D		G																					
	00000000		00000000																					
	35533411		11433553																					
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et traumatologique

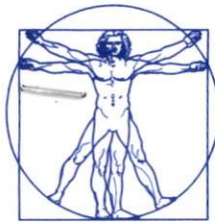
Diplômé de la faculté de Médecine
de Strasbourg (France)

- Diplôme d'Université de traumatologie du Sport
- Diplôme d'Université de Chirurgie de la main
- Diplôme d'Université de Microchirurgie
- Diplôme d'Université d'Arthroscopie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Cabinet sur Rendez-vous



الدكتور محمد وظيف

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بستراسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد و العضو الأعلى
- دبلوم الجراحة المجهرية
- دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ
جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالموعد

ICE : 001681267000045

Casablanca, le 26 OCT. 2022

الدار البيضاء في

M^{re} Aziz Boucharb

R. the islof

Chondrosulf 400 2 1 pt 2e
x 3 mois

21 Carhex 100 14 2e

37 Kalest 20 14 2e

41 Mndoflex 150 14 2e

51 Acehine 14 2e

61 Algentine pt 10m 2e

94.00

37.00

26.50

157.50

Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Rue 216 Bld. N. 111
398 Bd Reda Gdira - Tél: 05 22 55 64 44

ALGANTIL®

PPV 26DH30
EXP 05/2024
LOT 16013 1

P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

GTIN: 06118001260800
LOT: 3972
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 940hs00

ALGANTIL®
GEL 25 g



ACETHO® 500 mg / 2 mg
Paracetamol + Ibuprofene



MYDOFLEX® 150 mg
Tolperisone HCl
30 Comprimés pelliculés

