

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10 351	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Zitouni 177446
Nom & Prénom : CHAIR			
Date de naissance : 01 - 01 - 1955			
Adresse : 103 Rue 20 Icsar Blhar Cite			
d 5 amara - CASARLANCA			
Tél. :	06 7820 4841	Total des frais engagés :	423.90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



I.C.E.  
001681267000045

Date de consultation :

08 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : M. CHAIR - ZITOUNI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

MUPRAS

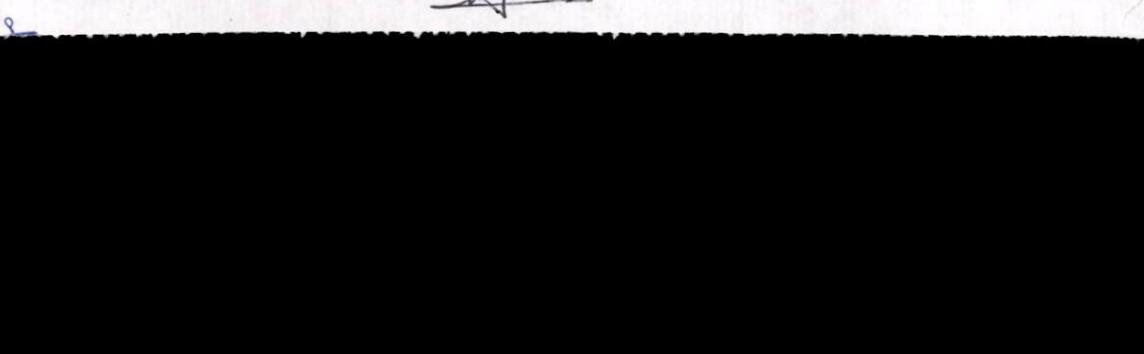
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 08 SEPTEMBER 2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS



## 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
18 SEP. 2023	Se	1	300,00	Dr Mohammed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Beda Gdira (Ex. Nil) Tél: 0522 556 444

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
146-1840 SOCIAHIA S.A.R.L Boulevard Casablanca ICE : 00310553600005 INPE : 09-045947	08/09/2025	123.90 DT

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

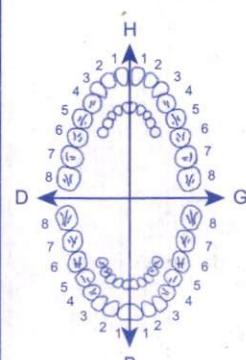
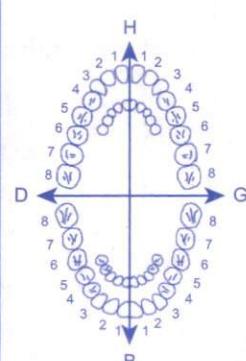
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et traumatologique

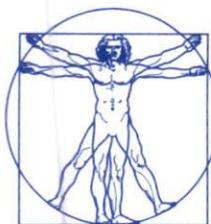
Diplômé de la faculté de Médecine de Strasbourg (France)

- 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 وضيف

اختصاصي في جراحة العظام والمقاييس  
خريج كلية الطب بستراسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطبيب الرياضي

- دبلوم جراحة اليد والعضو الأعلى

- دبلوم المراحة المجهرية

- دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح اختصاصي سابقًا بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ

جراح اختصاصي سابقًا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالموعد

ICE : 001681267000045

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

08 SEP. 2023

M<sup>r</sup> CHAIR ZITOUNI

13,40

AS

13,40

calchner

NO - DOL CODEINE

CP 820

P.P.V : 28DH00

28,00

DA

NO - dol cod n° 26

PPV : 61DH50  
PER / 07/26

61,50

DA

Mobic

74 i

41

oeds 204

LOT 23059 PER 03/2026  
PPV : 21,00 DH

21,00

DH

Librat 1 up m 15

123,90

DH

Dr Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique

398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)  
Citt Diamâa - Tél.: 0522 556 444

LL