

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009077

61474

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 95394

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ARRIF BOUCHAIB

Date de naissance :

Adresse : 18 Rue 12 MAY OULFA CASA

Tél : 0660527018

Total des frais engagés : 9550 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed WADDI  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie  
398, Bd. Neda Gdlra (Ex. Nij)  
Cité Djamaa - Tél. 0522 536 414

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HATLA - Z. ALTRA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : A. Héréditaire

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 : 31 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNMP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Dr Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398, Bd. Reda Gdlra (Ex. NH)  
Cité Djamaa - Tél. 0522 556 444

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |   |
|---|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture   |
|  | 31/12/2020 |  |
|   |            | 700,10  |

Cachet du Pharmacien  
ou du Fourbisseur

Montant de la facture

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AN

PC

IM

IV

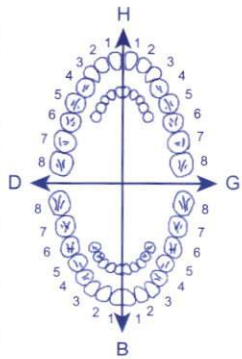
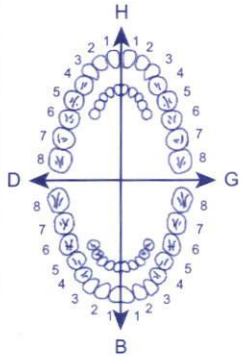
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|    |  |                     |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>      |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>       |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>         |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: left;"> <b>O.D.F</b><br/> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>   |                     |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">D</div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">B</div> </td> </tr> </table> |                     |  |  | <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> |  | <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> |  | <div style="text-align: center;">D</div> |  | <div style="text-align: center;">B</div> |
|   | <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>   |                     | <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <div style="text-align: center;">D</div>   |                     | <div style="text-align: center;">B</div>   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>      |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>           |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>     |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de**

| SOINS DENTAIRES              |  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|--|---------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |  |                     |             |                         |
|                              |  |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |  |                     |             |                         |
|                              |  |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |  |                     |             |                         |
|                              |  |  |                     |             | FIN D'EXECUTION         |
|                              |  |  |                     |             |                         |
|                              |  |  |                     |             |                         |
|                              |  |  |                     |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             |                         |
|                              |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412    21433552<br/>           00000000    00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/>           00000000    00000000<br/>           35533411    11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | 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 Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

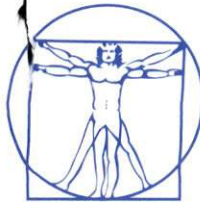
Diplômé de la faculté de Médecine  
de Strasbourg (France)

- 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 والمفاصل  
خريج كلية الطب بـستراسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد والعضو الأعلى
- دبلوم الجراحة المجهرية
- دبلوم تشخيص وجراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات الجامعية بـستراسبورغ  
جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالموع

ICE : 001681267000045

Casablanca, 31 DEC. 2020

1903185  
08-2022  
139,00 DH

1903185  
08-2022  
139,00 DH

LOT : 01101023  
EXP : 10/2023

N° HATLA

ZANNA

1903185  
08-2022  
139,00 DH

LOT : 200332  
DLU : 10/2023  
87,00DH

139,10 x 3

1/4 Dona 1500



1/4 Dona 1500

87,10

21

Relaxium 300



15 x 2

31

Delostop 10



10

41

Librox



24,40

51

No-flam



29,30

51

3 - Norm



LOT : 5084  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 10 DH 60

LOT : 5084  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 10 DH 60

Lot:  
consommer  
avant le:  
IPC: 79,50 DH

S. CHALAK DOCTEUR  
55, Av. Oued Sebba - Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 55 64 44  
ICE : 001541468000057

Dr Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)  
Cité Diamaa - Tél. 0522 556 444

PHARMACIE  
S. CHALAK DOCTEUR  
55, Av. Oued  
Tél / Fax : 05 22 55 64 44  
ICE : 001541468000057