

# 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2306 Société : R.A.N 66.000  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : J ADDAD MALIKA  
Date de naissance : 06-06-1956  
Adresse : 31 LOT ESSAASSI Sidi MAAROUF CASA  
Tél. : 0661.56.5562 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

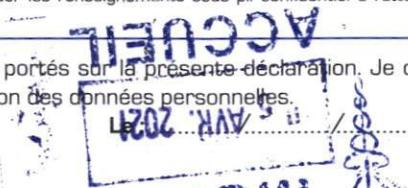
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 03/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des													
					Montant des soins													
					Début d'exécution													
					Fin d'exécution													
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>													
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">D</td> <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;">0</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	25533412	21433552	0	00000000	00000000	0	00000000	00000000	3	35533411	11433553	<b>Montant des soins</b>
D	H	25533412	21433552															
	0	00000000	00000000															
	0	00000000	00000000															
	3	35533411	11433553															
					<b>Date du devis</b>													
					<b>Fin de</b>													
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>			<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>															
<b>VOLET ADHERENT</b>		<b>NOM :</b> ..... <b>Mle</b>																
<b>DECLARATION N°</b> <b>W15-052779</b>																		
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes															
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																		





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

W15-052779

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2306	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom JADDAO NAIKA		Signature de l'adhérent	
Fonction : Retraitée		Phones. 0661565582	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient : JADDAO - NAIKA	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age .....	
Nature de la maladie		Date 01/02/2021	
		Date 1ère visite	
		TCE: 001681267000045	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
S2		1	250.00
PHARMACIE		Date 18-02-2021	
Montant de la facture		819,00	
ANALYSES - RADIOPHARMACIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# 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

ICE : 001681267000045

Casablanca, le 18 FEV. 2021 الدار البيضاء في

## عيادة بالموعد

جراح اخصاصي سابق بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ  
جراح اخصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية بالغرب

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد والعضو الأعلى
- دبلوم جراحة المجهة
- دبلوم تشخيص وجراحة المفاصل بالمنظار الالكتروني

R. - موصفات

188.0<sup>0</sup>  
23

87.0<sup>0</sup> 21

54.2031

75.0061

28.8<sup>0</sup> 51

10.6051



Lasclidine 500 1g/1x3ml

Reladim 300 1ml 1i

carbex 1ml 1i

Kalest 200 1ml 1i

sulpiridal 50 100 1ml 1i

Dolostop 75 100 2ml

50 100 2ml



1819.00

Dr Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398 Bd Reda Gdira (Ex. Nil)  
Béni Diamâa - Tel. 0522 556 044

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

LOT: 200351  
DLUO: 10/2023  
87,00DH  
es Deva Pharmaceutique  
Di Pharmacien Responsable

PPV  
LOT  
PER

28,20

LOT : 200514  
UT AV : 04/2024  
PPV : 54,20DH

PPV(DH):

AdulTe  
LOT : 5086  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 10 DH 60

LOT 201065  
EXP 04/2023  
PPV 75.00DH