

# 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 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° M21- 042220

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2306 Société : R.A.N. 66.000  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JADAAA MAHKA  
Date de naissance : 06-06-1956  
Adresse : 312 OT ESSAADA Sidi MAAROUF CASA  
Tél. : 0661565562 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 :

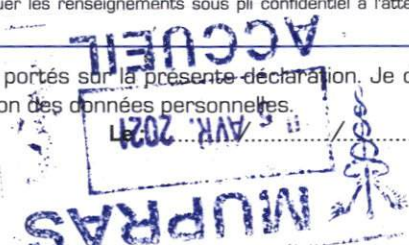
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*Merve*



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W15-052779	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W15-052779

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2306	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		JADDAO MAHIA	Signature de l'adhérent
Fonction :	Retraité	Phones : 0661565582	
Mail			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient M. JADDAO - MAHIA		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age .....
Nature de la maladie		Date 01/04/2021	
Gonarthrose -		Date 1ère visite	
		ICE: 001681267000045	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
S2	1	250.04

<b>PHARMACIE</b>	Date 18.02.2021
Montant de la facture	819.00

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**Dr Mohamed WADIF**  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398. Bd. Reda Gdila (Ex. N°1)  
Cité Diamaa - Tél. 0522 558 444

**PHARMACIE OUAZZANI**  
Cachet du pharmacien

CACHET

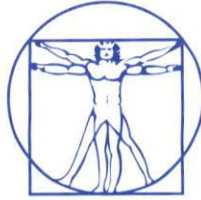
CACHET

# 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

## الدكتور محمد وظيفه

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

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

جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات الجامعية بـستراسبورغ  
جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

**عيادة بالموعد**

Casablanca, le 18 FEB. 2021 في الدار البيضاء

M<sup>me</sup> JADDA Malika

R. Mouloud

188,00  
23

Liesclidine 300 mg x 3 j

87,00 21 Relaxium 100 mg x 1 j

54,20 31 carbex 100 mg x 1 j

75,00 41 Kalest 20 mg x 1 j

28,80 51 sulpidal 50 mg x 1 j

10,60 61 Dolostop 15 mg x 2 j

819,00

Dr Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique

398 Bd Reda Gdira (Ex. Nil)  
11e Djamâa - Tél. 05 22 55 64 44



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

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  
Pharmacien Responsable

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

: (HQ) Add

LOT 201065  
EXP 04/2023  
PPV 75.00DH

Adulte

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

PPV  
LOT  
PER

28,22