

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 70 20

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BATASSA

SALAH

Date de naissance :

7-1-1960

Adresse :

HAYEL qads bni EL FAYR N° 6
bermouss, casab.

Tél. : 06-84-33-36-70 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

31 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : BATASSA - SALAH. Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ADP spléenome du

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)
Casablanca - Tél. 0522 556 444 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

31 AOUT 2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31 AOUT 2023 | 2 | 1 | 300,94 | Dr Mohamed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 398, Bd. Reda Gdira (Ex. NII) Cité Diamas - Tél: 0522 556 444 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE BLLOC "C" Prix à l'unité, si nécessaire | 31.08.23 | 95,20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| Coefficient DES TRAVAUX | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et traumatologique

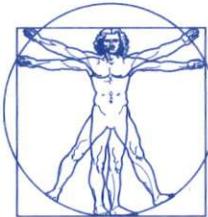
Diplômé de la faculté de Médecine
de Strasbourg (France)

- 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 و المفاصل
خريج كلية الطب بستراسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطب الرياضي
 - دبلوم جراحة اليد و المضار الأعلى
 - دبلوم الجراحة المجرورية
 - دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح اخصاصي سابقا بالمستشفيات الجامعية بستاربورغ
جراح اخصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بال المغرب

عيادة بالموععد

PHARMACIE BLOC "C"
Rue GHOFRANE
N° 115
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

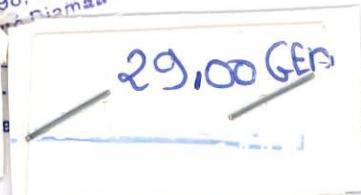
ICE : 001681267000045

Casablanca, le 31 AOÛT 2023

M² BATASIS Salah

29.00
4 Alzide 7.5 14/1
53.00
4 FPP 20 5 14/20.00 8/14
13.20 etamyl 18 14/20
31

Dr Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (BX. 1411)
Bamâa - Tél.: 0522 54 44



06 :

39

شارع رضا كديره (شارع النـ
ism : 06 28 05 30 10