

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-482632



☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7020 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : RATASSA SALAH  
 Date de naissance : 19  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. : 0684333570 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 

### Adresses Mails utiles

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

MUPRAS est membre du groupement des mutuelles de prévoyance et d'actions sociales de Royal Air Maroc.

## SOINS ET PROTHÈSES 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															
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>														
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>														
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000		35533411	11433553		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
G																		
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 17 / 0064797</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		



**P 17 / 0064797**

**DATE DE DEPOT**

/ / 201

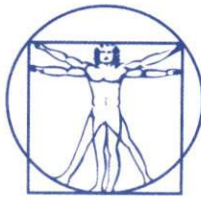
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>Go 20</b>	
Nom & Prénom <b>BATASSA SALAH</b>			
Fonction <b>Nettoyage dentaire</b>	Phones <b>06 84 33 31 70</b>		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>M. BATASSA SALAH</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....	
<b>ICE: 001681267000045</b> <b>Neuralgie Cervicobasale</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<b>Non</b>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>250,00</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date .....	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		<b>CACHET</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			

# 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

إختصاصي 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 الداخلي

جراح إختصاصي سابقا بالمستشفيات الجامعية بـستراسبورغ  
جراح إختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالموعد

Casablanca, le 31 AOUT 2019 في الدار البيضاء،

ICE : 001681267000045

M<sup>e</sup> BATASSA SALAH

1/ 311 20 sept 1986

2/ Dolostop 15 sept 2019

3/ Athymil 30 sept 2019 x 60j

4/ Dindol 30 sept 2019

Soins dentaires  
ndren cr. diabète

Dr. Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398, Bd. Reda Gdira (Ex. NII)  
Tél.: 05 22 55 64 44