

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-425151

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M 644 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAID

ABDELKARIM

Date de naissance : 15/10/1964

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 750,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Mohamed WAOUF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
14 Bd Reda Gdira (Ex. NII)
Tél : 0522 55 64*

ICE: 00131237000045

Date de consultation : 30/9/2013

Nom et prénom du malade : mr mousaïd - ABDELLAH Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Nervosité, cervicalgique, brachialgique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07 OCT 2019

Accueil siège/Ram

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
30 SEP 2019	2	1	250.000	INP : 0991133846 Dr. Mohamed W Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Medagdra (EX. NII) 0522 15 62 24 OCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DAR AL AYAH DIT DRISS ZINEB ROUTE N° 61 AIN CHOCK 05 22 90 32 33</i>	<i>25/07/2019</i>	<i>220,50 280,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

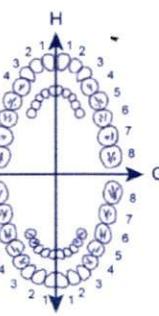
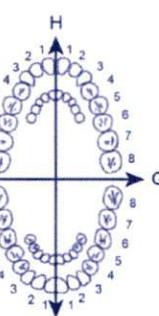
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaleires, ainsi que le bilan de l'ODF.

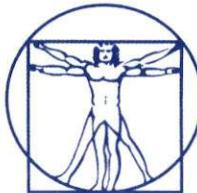
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
		00000000																			
35533411																					
B		11433553																			
G																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
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

30 SEP. 2019

الدار البيضاء، في Casablanca, le 2013

ICE : 001681267000045

الدار البيضاء،

عيادة بالموعد

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ
جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

- دبلوم جراحة اليد و العضو الأعلى

- دبلوم الجراحة المجهرية

- دبلوم تشخيص و جراحة المفا

- دبلوم تشخيص و جراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

M¹ MOUSSAïD

Abdelkrim

Copied as my ^{SV} best
~~copy~~ x 6 i

Cedel 1421

Meleson ~~715~~ n. sp.

omeprazol 20 mg 1m

library up here

07:19 091 PER:07/2022
PAU: 21.00 DH

R:07/2022
DDH | amed WADV
Chirurgie Orthopédie
et Traumatologie
et Médecine
Cet Immeuble Tél: 9522

PHD
SCHOOL OF
ADMISSIONS
AND STUDENT
AFFAIRS
UNIVERSITY OF
MISSOURI
COLUMBIA

398، شارع رضاڭدیرة (شارع النيل سابقا) قرية الجماعة، عمالة ابن امسيك، سبتة - مدار البيضا - الهاتف : 05 22 55 64 44

Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
3005, Bd Reda Gdira (Ex. NIH)
Site Djamaâa Tél : 0522 55 64 44

Le : 30/01/2015

Ordonnance

Nom/Prénom :

Sexe : H F

Age :

M⁺ Manssâd - Abdelkader

28 ans

Cellier cervical en SV

SP

maison

صيدلية دار الأذاعة
PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr IDRISI Zineb
Hay Al Ousra II N° 161 Ain Chock
Tel 05 22 50 32 33

Dr. Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
3005, Bd Reda Gdira (Ex. NIH)
Site Djamaâa Tél : 0522 55 64 44



DR.SOULAIMANI IDRISI ZINEB

PHARMACIE DAR AL IDAA
RUE 50 HAY AL OUSRA 2 AIN CHOCK CASA

R.C :402318

Patente:34025201

T.V.A :

C.N.S.S:9153181

Tél :0522503233

Le 30/09/2019

FACTURE N°320173

N° ICE : 000439880000017

N° IF : 40494704

MR MOUSSAID ABDELKRIM

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	COLLIER CERVICAL RIDIGE REG C3	280,00	280,00	46,67	20,00
<i>صيادلة دار العدالة PHARMACIE DAR AL IDAA Dr IDRISI Zineb Hay Al Ousra N° 50 Ain Chock Tel 05 22 50 32 82</i>					
TOTAL T.T.C :					280,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	280,00	Montant	46,67
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quatre-vingt Dirhams.