

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-412114

25/11/20

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10747

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAYAA

ILHAM

Date de naissance : 22.04.1975

Adresse : 72 Res. LE CINTA, Rue ISHAK CHIRAZI  
4<sup>e</sup> étage ALT 38 MAARIF LASAF

Tél. : 06.06.63.25.32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mostafa OUAID  
Gynécologie - Obstétrique  
14, Rue El Aouss 3<sup>e</sup> Etage (et face à la poste Bad)  
Tel : 05 22 20 93 20  
ICE: 00108736300000

INP: 091116152

16 MARS 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : TAYAA ILHAM

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection gynéco log

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 : CASA

Le : 10.03.2020

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/02/2022	Ch	1	400 DA	INP : DS/2022/02/10/02/2022 Dr. Moustapha COULIBALY 022 8736000062 11/02/2022

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VALMÉE PHARMACEUTIQUE 18, RUE D'ATHENIENS 75018 PARIS TELEFAX : 01 55 22 23 33	10/09/2000	988

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, 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"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>G</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

# Docteur Mostafa Ouaid

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Lauréat de la Faculté de Médecine  
clermont-Ferrand (France)  
Ancien Moniteur Clinique à l'Hôpital  
Notre Dame Montréal (Canada)

Coeliochirurgie - Chirurgie Gynécologique - Accouchement  
Maladies des seins - Stérilité - Echographie



# الدكتور مصطفى واعظ

إختصاصي في أمراض النساء والولادة

اختصاصي في أمراض النساء والولادة  
خريج كلية الطب بكليرمون فيران (فرنسا)  
معيد سابق بمستشفي تورونتو متريال (كندا)

الجراحة بالمنظار الداخلي - الجراحة النسوية - التوليد  
أمراض الثدي - عقم الزوجين - الفحص بالصدى

10 MARS 2020



MONTAGA

Rhan

11 Jasm

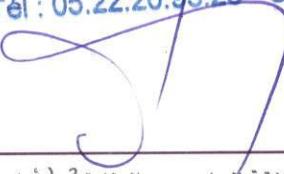
à 6 mois  
le 1er juillet 34

Nefz 16  
1 par jour

988  
Yagoub El Mansour - Casablanca  
8, Rue Brahim Nakhai  
OUAZZANI Touhami Karim  
PHARMACIE DES PLEINES  
Tél/Fax 05 22 20 93 33

SV

Dr. Mostafa OUAID  
Gynécologie - Obstétrique  
24, Rue El Aloussi  
Tél : 05.22.20.93.23 - Casa



المركز الصحي بورگون - 24، نفقة العلوسي - الطابق 3 (أمام مصحة بدر) - الهاتف : 05 22 20 93 23 - 06 62 17 24 79

Centre Médical Bourgogne : 24, Rue El Aloussi - 3 ème étage (en face Clinique Badr) - Tél. : 05 22 20 93 23 - 06 62 17 24 79

E-mail : drouaidm@gmail.com - En cas d'urgence contactez Clinique les Papillons au : 0522 98 21 20