

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 caractére 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° P19- 0012160

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

0003100

Société : *Lamb* Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : *BATASSA SALAYACHI* Date de naissance :Adresse : *HAYE ALLA MERIHEB bdc 8N16 corya*Tél. : *06.63.43.66.40* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr *Mohamed WADIF*Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)
Cité Djamaâ - Tél.: 0522 556 444ICE:
001681267000045Date de consultation : *22 AVR. 2020*Nom et prénom du malade : *M^r BATASSA DAOUIA* Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : *nerveuse*

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 : *Casablanca*Le : *22 AVR. 2020*Signature de l'adhérent(e) : *Lamb*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0012160

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

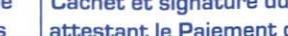
Matricule : 0003100

Nom de l'adhérent(e) : *BATASSA LAMB*

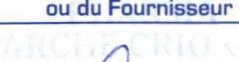
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2 AVR. 2020 03 | Fr | 1 | 250,00 |  Dr. Mohamed WADI Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Dr. Reda Gdira (Ex NII) Tel.: 0522 556 444 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| MARCOU RICARD 10 Bis Rue Lalla Mounia Casablanca Tel fixe 05 22 56 44 17  | 22/04/20 | 316,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Diplôme 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



الدكتور محمد وديف

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
خريج كلية الطب بستراوسبورغ (فرنسا)

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد والمasto الأعلى
- دبلوم الجراحة المجهزة
- دبلوم تشخيص وجراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

جراح اخصاصي سابق بالمستشفيات الجامعية بستراوسبورغ
جراح اخصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية بالغرب

عيادة بالموعد

ICE : 001681267000045

Casablanca, le 22 AVR. 2020 الدار البيضاء في

M. BATASSA DAOUA

14180 11
136150 21
22160*2 31
40130 41
80100 51

Delostop 79
Alyse 25 mg
Alpha-kodel
Tanox 0,5 mg
Altec 10

11221 0286
1001 22
1000 22 02 Bts
112 - 112

1121 1121

316,180

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

40,30

PHARM

80,00

14,80

DL®

PPV 22,60 DH
LOT P240 PER 10/22

56 GEL

Voice of

19J810
09.2021

136,150

Lot:

Per:

PPV: 136DH50

DL®

PPV 22,60 DH
LOT P240 PER 10/22