

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº M21- 067663

Optique *161384* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *00854*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

TOURAÏD

Hamoud

Date de naissance :

05/07/50

Adresse :

*101 rue Al Hassan Ben Sultane
CasaBlanca 20000*

Tél. : *06.61.88.56.31* Total des frais engagés : *1.527,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
87, Bd. Mly Driss1, Casa
Tél:0522 833 622

Date de consultation : *20/03/2023*

Nom et prénom du malade : *FADAL ALLAH* *Fatma* Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Lesion du menisque genou* *dt opér.*

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 : *19/03/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
29/03/23	post opératoire		Gratuit	Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgie Orthopédique 87, Bd. Mly Drissi, Casablanca Tél: 0522 833 622

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/07/23 20	1527,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



D. Yamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
8 Bd. Mly Driss Dabah
Casablanca, Le
Tél: 0522 22 6222

20/03/23

Docteur :

Dr. Yamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
8 Bd. Mly Driss Dabah
Casablanca, Le
Tél: 0522 22 6222

Mme FADALLAH Fatma

82,00

ISox SN
1 gellat matin et fin apres

1 ampoule 10g

Posavance 5600 -

49,60 x 4 1 cp par semaine pendant 3 mois
Dure forte

22,00 x 3 ampoule par semaine

Structum 300 -

1 gelat matin et fin 3 mois

IS 1524, dr DTT

URGENCES 24H/24H

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs

Patente : 37982364 - I.F.: 40166328 - C.N.S.S.: 7771513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031

147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00

E-mail : cliniquelina147@gmail.com

CLINIQUE MODERNE
Dr. Yamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
8 Bd. Mly Driss Dabah
Casablanca, Le
Tél: 0522 22 6222
E-mail: cliniquelina147@gmail.com

ISOX® 100 mg

Célecoxib

20 gélules

PROMOPHARM S.A.



6"118000"242420

70058199/00-1
AMM 294/17 DM/21/NRQ

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR

P.P.V. : 222,00 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DM/21/NRQ

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
Fosavance 5600 UI
4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 294/17 DM/21/NRQ

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH