

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-551125

46957

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10356

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERRIAICHI - RACHID

Date de naissance :

30-01-1965

Adresse :

LOT EZZOUIBIR RUE 11 1112893 APT 1

OULFA 0054

Tél. :

06 61 78 76 31

Total des frais engagés : 2000000

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

22/08/2020

Age :

ERRIAICHI RACHID

Nom et prénom du malade :

Cégioint

Enfan

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Diabète type 2 + Hypertension artérielle

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

DR

Le : 1/1/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Erraichi

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
12-18-2016	C1		200 Dhs	INP : 091076893 Dr. HIRICHI Rachid Médecine Générale 95, Av. Oued Tansit, Casablanca Tél : 05 27 10 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/02	1815,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)
Cité El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 0666 80 76 66



6 118001 100897
Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 76,90 DH
7862100242

الدكتور الحريشى رشيد

الطب العام

295، شارع وادى تانسيفت (24، مجموعة E)
حي الألفة. الدار البيضاء
الهاتف: 0666 80 76 66

Casablanca, le :

12/10/2020

الدار البيضاء، في :

Mr ERRIAICHÉ RACHID:



294,00 x 3 1). Coveram 70mg / 70mg

1 cp le matin

76,90 x 3

2). Cardensiel 70 mg



98,90 x 3

1 cp le matin

3). Amlor 70 mg



78,70 x 3

1 cp à midi

4). Diamuron 60 mg



28,00 x 3

1 cp x 2/j

5). Glucophage 7000 mg



28,80 x 3

1 cp à midi

6). Vitanérol fort



1815,90

28,80

28,80

28,80

الدكتور الحريشى رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tel : 05 27 19 43



6 118001 100897
Cardensiel® 10 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 76,90 DH



6 118001 100897
Cardensiel® 10 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 76,90 DH

دكتور الحريشى رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tel : 05 27 19 43

28,80

28,80

28,80

UT.AV : 2.2 P.P.V.
LOT N° : 280465 98,90
98,90

UT.AV : 2.2 P.P.V.
LOT N° : 1274023 98,90
98,90

UT.AV : 2.1 P.P.V.
LOT N° : 12578 98,90
98,90

28,00

28,00

294,00

291,11,00

294,00

294,00

LOT 200409
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

