

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

- 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.

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° W21-625105

73028

Conseil

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1750	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASIB FARINA			
Date de naissance : 10-11-1950			
Adresse : Habituelle			
Tél. : 0661328301	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Hamid EL BRAICHE Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss Ier Tél. : 0522.83.36.22 - CASA			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rupture du Sud Emp. chate		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/05/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-625105
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 : 1750	
Nom de l'adhérent(e) : ASIB	
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
18/05/21	post opératoire		Gratuit	Dr. HABIB BACHIR 87, Bd. M. Jauré Tél. : 0522.83.36.22 Chirurgien-Dentiste Spécialiste de l'orthopédie
20/05/21	C.		Gratuit	Dr. HABIB BACHIR 87, Bd. M. Jauré Tél. : 0522.83.36.22 Chirurgien-Dentiste Spécialiste de l'orthopédie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE L'ORIENT Mme LAKHASSI TABBARA Latifa Bd Yacoub El Mansour - Casablanca TEL: 0522 56 75 51	20/01/2021	411,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE LA POLICE DU QUÉBEC 52, Boul. Saint-Jean, Québec G1R 1C6	22/05/21	PC45	650,00

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	

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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgie orthopédique et traumatologique

Adultes et Enfants

Ancien attaché des hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez-vous

الدكتور حميد الحريري

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 20/05/2021 الدار البيضاء، في

Mme EL HRAICHI
Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste
87 Bd. My. Idriss 1er
tel: 0522.83.36.22 - CASA

مختبر الشرف
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHASSI TABBARA Laufa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522.36.75.51

268,00

Arcofix 90°

30,00

Doltraan

14,00

Dolifrone 1g

1 cp 3 fois/j

99,00

Oeads

1 gélule lo matin à jeun

et 1 gélule au coucher

411,00

87، شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél.: 05 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En Cas d'Urgence "CLINIQUE LINA" - Tel.: 05 22 97 74 00)

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste
87. Bd. My. Idriss 1er
tel: 0522.83.36.22 - CASA

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/160MP/21/NTO



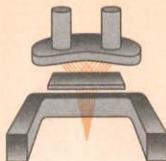
6 118001 160051

LOT 201172
EXP 04/2023
PPV 99.00DH

PPV 99.00DH
PER 01/24
LOT K452

PPV 99.00DH
PER 02/24
LOT K452





Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

H. ELHRAICHI

Nom et Prénom du Patient

Mme AJIB Fatima

Age

Née le 10/11/1950

Date du prélèvement

19/05/2021

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Rupture complète du sus épineux
épaule droite

Hyper trophy Squeulaire associée

Siège du prélèvement

Nature de lacte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin

Exocol

Endocol

- Frottis conventionnel : CBE :

Endomètre

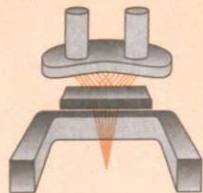
Orthopédie

Chirurgien

87, Bd. My. Idriss 1er

Tel : 0522.83.36.22 - CASA

Signature et Sachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/05/21

Nom & Prénom : Mme AJIB FATHIMA
Sur ordonnance du : Dr EL HRAICHI
Réf. : 21H05298

Prélevé le : 19/05/21 et parvenu au laboratoire le : 20/05/21

Organe ou siège du prélèvement : Synoviale

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 70 ans

Rupture complète du sus épineux de l'épaule droite
Hypertrophie synoviale associée

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'exérèse mesurant 2,5 x 1,3 x 1 cm, présentant à la coupe un aspect grisâtre.

Histologiquement, il s'agit d'une synoviale largement remaniée par une fibrose oedémateuse et congestive, hyalinisée, ponctuée de quelques éléments inflammatoires chroniques sans granulomes tuberculoïdes.

Le revêtement de surface est tantôt abrasé, tantôt légèrement hyperplasique régulier.

Absence de lésion spécifique ou tumorale.

Conclusion : - Synovite chronique fibro-oedémateuse et congestive.
- Absence de signes histologiques de spécificité ou de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/05/2021

FACTURE N° : 21/05491

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **20/05/2021**

Pour **AJIB FATIMA**

Sur ordonnance du : **Dr EL HRAICHI**

Laboratoire de Pathologie
DU Centre
52, Bd Zerkouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31 / 34
Fax: 0522 22 50 90

52, Bd Zerkouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31 / 34
Fax: 0522 22 50 90