

## 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° W21-666456

102106

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12806	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHALLOT - ABDEL HAKIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661158417	Total des frais engagés :	592.015 Dhs

Autorisation CNDP N° 5-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
 Dr. Hrichi Rachid Medicine Générale 295, Av. Qued Tansitt Site El Oulta Casa Tel: 06 66 80 666 INPE 091076593	
Date de consultation :	10-12-2021
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : 06/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/01/22

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-666456	
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 :	12806
Nom de l'adhérent(e) :	ABDEL HAKIM
Total des frais engagés :	592
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
2022-02-10	G		2200	INP : INPE-091076893 دكتور الحفيظ رشيد Dr. HRICHI Rachid Medicine Generale 295 AV Qued Tansitif Crte El Oulta Casa - Tel : 06 61 30 76 66 INPE 091076893

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. M. El Manal Bennani Pharmacie El Manal Dr. M. El Manal Boulevard El Manal 22 33 28 29</i>	<i>10/12/2021</i>	<i>392,80</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

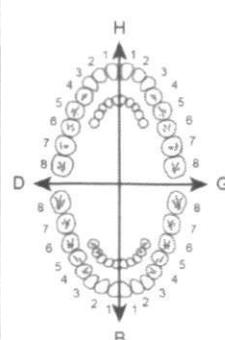
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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'EXECUTION

**Docteur HRICHI Rachid**

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

**الدكتور الحريشي دشيد**

**طب العام**

شارع وادي تانسيفت ( 24، مجموعة E )

حي الألفة . الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : ..... 10 بيساء، في :

2021 جانبر

Mr CHALLOT ABDELHAKIM.

79,70 x 2

1). Azese 500 mg (2x Boîte) S.V

7x1j

52,80 x 2

2). Oedes 20 mg S.V

7gél x 1j

59,50

3). Enrouex S.V

7 pris x 2 j

LOT: 19147 PER: 10/2022  
PPV: 23,50 DH

23,50 4)- Humex g 5.1

7x x 3 j S.V

44,80 5). Carbosylane cp

7x x 3 j S.V

392,80

دكتور الحريشي دشيد  
Dr. HRICHI Rachid  
Medecine Generale  
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa - Tel: 06 66 80 76 66  
INP: 09 076593

LOT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH

LOT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH

Sotema  
L. Tazi. Pharmacion Resp.  
CARBOSYLANE - 24 doses  
PPV 44.80 DH  
611800103000

**ENROUEX\***

**Propolis - Vitamine C**

Eucalyptus - Echinacea - Gingembre

LOT 21180/FC17

Propriétés : DE/2024 PPC 42.80

ENROUEX est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.