

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-696092

126396

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : Rmm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKETTANI RIM HAMID

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 rue Mimoun 44123 Hay Ardana

Tél. : 0611220765 Total des frais engagés : 121,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste
87, Bd. My. Idriss Ier
Tél : 0522 83 36 32 - CASA

Date de consultation : 17/05/2022

Nom et prénom du malade : Naima EL HRAICHI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bobone avec fièvre

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 : 20/05/2022 Le : 20/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
17/05 2012	G		30900	INP: 9A-13751 Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédie 87. Bd. My. Idriss 1er

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURROUD Rue des Roses A Côté de sjid Annour - Beauséjour 322 36 84 30 - Casablanca Patente: 34808192 202009513	17/05/22	221.40

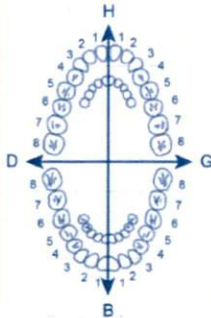
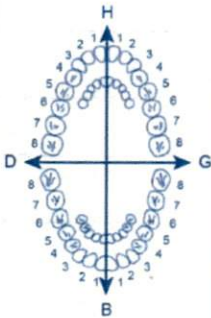
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamid EL HRAICHI

Diplômé 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

Casablanca, le 17/10/2022

الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

و تقويم العظام للكبار و الأطفال

ت ليون

PPV:

EXP:

Lot N°:

PREDNI 20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Val. ate

Comprimés

sécsables

effervescents

20 x 10

131,60

Spectrum 500

1 cp matin midi et soir

42,00

Prednis 20

3 cp le matin 2 j.

puis 2 cp

puis 1 cp

47,80

Dazen

221,40 2 cp matin et soir

131,60

PHARMACIE AL MOUROUD

68 Rue des Roses A Côté de

Masjed Annour Deusejour

Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca

Patente: 34808192

Dr. Hamid EL HRAICHI

Chirurgien - Orthopédiste

87, Bd. Moulay Idriss 1er

Tel: 0522.83.36.22 - CASA

05 22 83 36 22 : الهاتف - الدار البيضاء - سارغ مولاي إدريس الأول - 87

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

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