

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066613

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8440 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Bouzidoune Mohammed  
Date de naissance : 5/12/51  
Adresse : AB  
Tél. : 0648285694 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 17/05/2022  
Nom et prénom du malade : Bouzidoune Mohammed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Attitude vicieuse sur une PTC  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 31/5/22



J.N.P 91053752

### 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
19/05/2022	Ch		3090	<b>Dr. Hamid EL HRAICHI</b> Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My Idriss Ier Tél : 0522.83.36.22 - CASA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/05/22

218,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

### 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

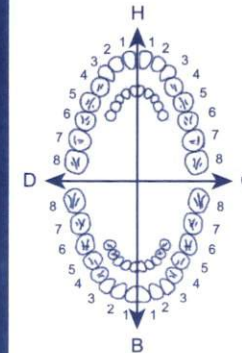
Coefficient

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

Coefficient des Travaux

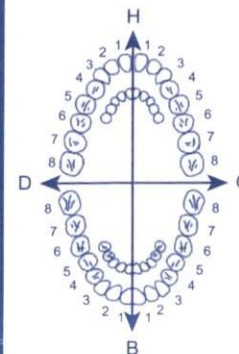
Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN 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

**الدكتور حميد الحريشي**

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

و تقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/05/2022 في الدار البيضاء ،

82,00 BOUZIDOUNE Mohammed

ISOX 100

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe R, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

1 cp matin et soir après manger

37,00

\* Dulaston

2 cp matin et soir après manger

99,00

Oeds

1 gélule le matin à jeun  
et 1 gélule le soir au coucher

**Dr. Hamid EL HRAICHI**

Chirurgien - Orthopédiste

87, Bd. Moulay Idriss 1er

Tél : 0522.83.36.22 - CASA

T = 218,00

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

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)

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان®

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37100

LOT 2100-2  
PER 04 / 24  
PPV 82DH 00.



LOT 210585  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

Dr. Hamed El Hachimi  
Chirurgien Général  
87000 Meknes  
05-37-88-46-17-18