

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8440

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bousaidi MONAMMED

Date de naissance : 5/12/1951

Adresse : A.B

Tél. : 0678285694 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/05/2022

Nom et prénom du malade : Bousaidi MONAMMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Atteinte de Viscéux sur l'os PTG

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 : 7/1/2022

INP 91053757

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
17/05/2022	Chirurgie		300,00	Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 1er Tél : 0522.83.36.22 - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUTIEN Groupement 154 N° 2379 EL Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 89 09 63 ICE : 000500246000026	17/05/22	218,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

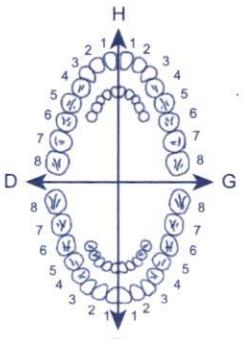
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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 traumotologique

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 والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

17/05/2022

Casablanca, le.....

الدار البيضاء ، في

Bouzidoune Nolwammed

82,00

I SOX 100



PHARMACIE SOUTHANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
EL Oulja - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

1 cp matin et soir aps mangier

37,00



* Dulastan

2 cp matin et soir aps mangier

99,00

Oeds



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

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste

87, Bd. My. Idriss 1er

Tel : 0522:83:36:22 - CASA

T = 218,00

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 قرصاً

57.00

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

LOT 210585
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

دولاستان® 500 mg/2 mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصاً

57.00