

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1076 Société : 120636

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : Fataime Amine

Date de naissance :

Adresse : 1 Rue Béthune Résidence IHSSAN N° 8

Tél. : 06.60.33.37.13 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 : 14/06/2022

Nom et prénom du malade : FATAIME Amine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Osteoporose + lésion de la hanche

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) : [Signature]

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/06/2022	Orthopédie Chirurgie	1er	300	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
INCA - Tel: 44.37.87/88	14/06/22	115820

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	

PPV: 49,60 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I29
EXP: 09/2024

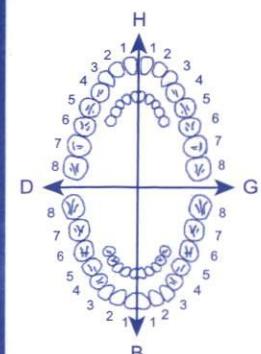
PVC: 198,00 DH
LOT: C144
2024-05

02/01/2024

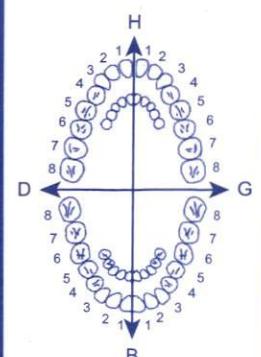
6 118001166
Fosavance 600 de l'ODF.
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.
P.P.V: 192

CNK 3259-850

3 401020 354451 >



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adj)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

LOT 210585
EXP 12/2023
PPV 99,00 DH

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur hamid EL

Diplômé de la Faculté de Médecine
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie



Adultes et enfants
Ancien Attaché de l'Arthroscope
Traumatologue
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 14/06/2022 الدار البيضاء، في

FATINÉ Amina

198,0

Nociceptol



1 application le soir pendant 7j

82,0

Isox 100



99,0 1 gélule matin et soir après manger

Oedex



1 gélule le matin à jeun
1 gélule le soir au couchage

Fosavance 5600



196,0 1 cp par semaine à jeun avec 1 gélule de Oedex
3 mois

Oeng forte

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

Dr. Hamid EL HRAICHI

05 22 83 36 22: الدار البيضاء - الهاتف: 87

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

ICE : 00169155300034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)