

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° M21- 0014218

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1076 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 120636
Nom & Prénom : Fataïne Amina
Date de naissance :
Adresse : Rue Bithune Residence ELHANAN 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 Ier
Tél : 0522 83 36 22 - CASA

Date de consultation : 14 / 06 / 2022
Nom et prénom du malade : FATAÏNE Amina Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ostéoporose + tendinite du pouce
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 : Le :
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
2022	Chirurgie Orthopédique		300	Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87 Bd My. Idriss 1er Tel: 0522.83.36.22 - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/6/22

11582

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
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

PPV: 49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

LOT PUC: 198.00DH

C144
2024-05

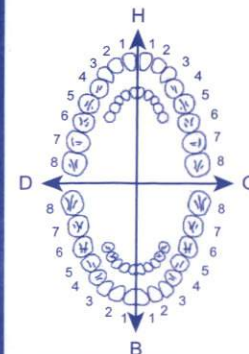
CNK 3259-850



5 401020 354451 >

LOT 211002
PER 04/24
PPV 82DH00

8200

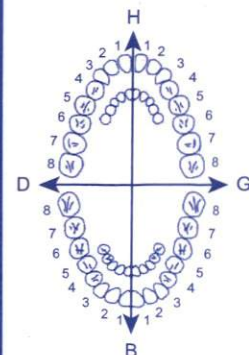


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adj)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse



LOT 210585
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

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

Artiste

Traumatologie

Sur Rendez-vous



الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 14/06/2022..... في الدار البيضاء،

FATINE Amine

198,0

Nociceptol

1 application le soir pendant 7j

82,00

Isox 100

1 gélule matin et soir après manger

Oeds

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

Fosavance 5600

1 cp par semaine à jeun avec 1 litre d'eau
3 mois

Dcens forte

1 ampoule par semaine 3 mois

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

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

ICE : 001691553000034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)



Dr. Hamid EL HRAICHI

Chirurgien Orthopédiste

87, Bd. My. Driss 1er

Tél: 0522 83.36.22 - CASA