

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067662

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00854 Société : RALY 146183  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUTA Mohamed  
 Date de naissance : 07/07/10  
 Adresse : 101 rue Al Nassr Cordance 20130  
 Des Bultani  
 Tél. : 0661891621 Total des frais engagés : 1404,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. Hamid EL HRAICHI  
 Chirurgie Orthopédique  
 87, Bd. Mly Driss1, Casa  
 Tél: 0522 833 622  
 Date de consultation : 23/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Fatiha FADALLAH Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Suspicion d'une lésion du HT  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : + estropié  
 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 : Casablanca Le : 23/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

# 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
23/12/2022	C		300	Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgie Orthopédique 87, Bd. Mly Driss 1, Casa Tél: 0522 833 622

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MODERNE Dr. A. Zakaria Hassani Docteur en Pharmacie 68, Bd. du 11 Janvier et Mustapha à n° 15 - A S A B L A N C A Tél : 0522 20 96 87 zakaria.hassani@gmail.com	17/10/2023	804,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

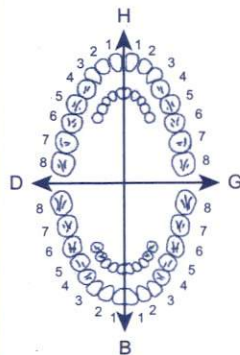
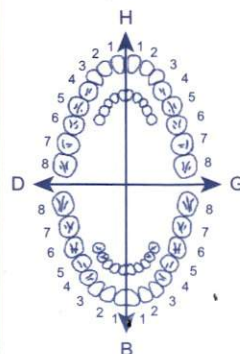
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P G	I M	I V	

# 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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur hamid EL HRAICHI

Diplômé de 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

وتقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/01/2023 في الدار البيضاء،

Dr FAD LALLAH FATIMA

25,10

Flaqueul 250

1 c p matin et Soir 10j

49,60 x 4

D cure forte

193,60 x 3

S600

Semaine à jeun avec 1 grand verre  
d'eau sucrée 1/2 puis manger 3 fois

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. Moulay Driss 1, Casa  
Tél: 0522 833 622

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

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)

LOT : 21E002  
PER.: 11 2026

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20

P.P.V: 25DH10



6 118000 060079

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

70038199/00-1  
ANM 294/17 DMF/21/NRQ



6 118001 160471

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

70038199/00-1  
ANM 294/17 DMF/21/NRQ



6 118001 160471

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

70038199/00-1  
ANM 294/17 DMF/21/NRQ



6 118001 160471

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**