

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.

N° W21-792491

160636

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8562	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KARIM
Nom & Prénom : BELBACHIR			
Date de naissance : 09 FEVRIER 1971			
Adresse : RESIDENCE LES 3 GOLFS - VILLA 13 - VILLE NOUVELLE - BOUSKOURA - CASA			
Tél. : 06 63709512 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Dr. Hamid EL HRAICH Chirurgie Orthopédique 87, Bd. Mly Driss1, Casa Tél:0522 833 622</p> </div>			
Date de consultation : 17 03, 2023			
Nom et prénom du malade : NEZOUSSI Saima Age: 51			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gonalgique + environs de la cheville			
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 : CASABLANCA

Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Chay



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
17/03/2023	K20	600,00		INP : [REDACTED]
				Dr. Hamid EL HRAICHI Ghurugie Orthopédique 87, Bd. Mly Driss L. Gasse Tél: 0522 833 622

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie laplaza MOULNAKHLA PHARMA 0522 59 08 97 / 06 66 74 62	17-03-2023	320,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
pharmacie laplaza MOULNAKHLA PHARMA 0522 59 08 97 / 06 66 74 62			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

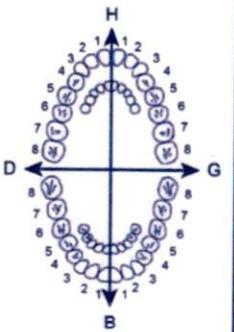
VOLET ADHERENT

Chewville K20 → HRAICHI

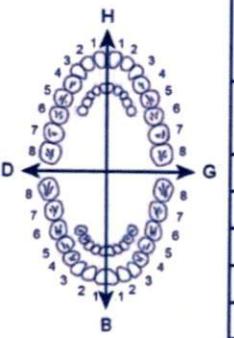
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

ACCOXIA 268,00 320,80 C24/03
DEVOS 5200 → ph



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	35533411
	11433553

[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

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 الحريري

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقديم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/3/2023 الدار البيضاء، في

Samira NESOUDI

268,00

Arcoxia 90



Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
3881
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NT0
7002424931
120916-1
6 118001 160051

1 cp matin après manger

52,80

Ode 20



1 gélule le matin à jeun

1 gélule le soir au coucher

T = 320,80



LOT 211481
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
87, Bd. Mly Driss 1er, 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)

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 الحرishi

خريج كلية الطب بليون

طبيب اخصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/03/2023 الدار البيضاء، في

SAMIRA MESOUDI

entorse cheville droite

Shopping K 20.

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

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

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 Idriss 1er
Tél: 0522,83,36,22

ICE001691553000034

FACTURE		0019/2023
DATE		MODE DE PAIEMENT

DATE	17/03/2023	MESOUDI SAMIRA	ESPECE
------	------------	----------------	--------

	Lettres Clé	NBRE	Prix unitaire	Montant
FOFRAIT K20		1		600
TOTAL				
SIX CENT DIRHAMS				

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