

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1447	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		A2Ri SAADIA	
Date de naissance :		28/02/1953	
Adresse :		17, Rue du 1er Régiment de Choc	
CASA			
Tél. :		0665202021	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15/09/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :	A2Ri SAADIA		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Osteoartrite		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : CASA Le : 15/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
15/03/23	CS		300,00	Dr. Hamid EL BACHIR Chirurgie Orthopédique 87, Bd. Mly Driss 1 Tel: 0522 833 622

EXECUTION DES ORDRES D'ANCIENS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	HARMONIE MAAOUINE	Date	PHARMACIE MAAOUINE
Dr IBRAHIMI Hmed	15	9-23	Montant de la facture Dr IBRAHIMI Hmed
635 rue Goulimina Casablanca			635 rue Goulimina Casablanca
Tel: 05 22 26 21 04			Tel: 05 22 26 21 04
NPE : 092038991			NPE : 092038991

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

15/09/2023

الدار البيضاء، في

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 03/2026
LOT 33054 2



40100 x 2 = 80,00

Effipred 20

3 cp

puis 2 cp

puis 1 cp

28,80 x 3 = 86,40

Vilamend 10g



19360 2 cp matin et puis 10g

Fosavance



141,10 a 2 = 1423,30
Lyrica 25

3 mises

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgie Orthopédique
87, Bd. Mly Driss 1, Casablanca
Tél.: 05 22 833 622

Lyrica® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



1 gélule 2 fois par jour 10g

5 = 840,90

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

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)

Lyrica® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



Lyrica® 25 mg - 56 gélules
P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647



Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80