

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-536301

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>26660</b>			
Matricule : <b>1057</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <b>Retraité</b>	
Nom & Prénom : <b>MAHCEL MABOUE</b>			
Date de naissance : <b>1/11/1948</b>			
Adresse : <b>50 Rue Lyautey de Vaygass</b>			
Tél. : <b>0618138967</b>	Total des frais engagés : <b>1245,70</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Hamid EL HRAICHI</b>			
Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 1er Tel. 0522.83.36.22 - CASA			
Date de consultation : <b>27/04/2020</b>			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Neurologie certificat de la clinique</b>			
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 : **15/04/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-536301	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	Date de dépôt : _____

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant-détailé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/04/2010	CS		300,00	INP : 910538150 Dr. Hamid EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 1er Tel : 0522.83.36.22 - CASA
31/05/2010	CS		5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

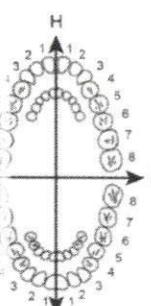
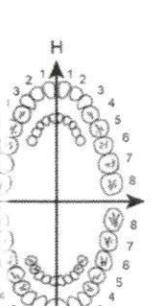
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### BELÈVE DES FRÂTS 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	INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
PROTHESSES DENTAIRES O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		G		11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
G																				
11433553																				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <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

Arthoscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez vous

# الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

و تقويم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 5/05/2020 الدار البيضاء ، في

Mohamed LAAKEL.



58,40 X 2

58,40 u nred 20

58,40

10  
124,60 X 2

124,60 X 2

40

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07

1 gelule matut et sm

Lycosa 75 mg

1 gelule matut et sm

= 366,00

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

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

87, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca - Tél.: 05 22 83 36 22

ICE : 00169155300034 - (En Cas d'Urgence "CLINIQUE LINA" - Tél.: 05 22 97 74 00)



Docteur:  
Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgien - Orthopédiste  
87, Bd. Mu Idriss 1er  
83.36.22 - CASA

Casablanca , Le

27/04/2020.

63,90

True LAAKEL Mohamed

63,90 D Profond 100

Lyrica 75 1 cp matin et midi  
manger

487,10

oratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V: 487 DH00



28,80 après manger suis

Fitaveril forte

2 cp matin et midi

= 528,17

153, Rue Habib Bourguiba  
Bd Day Ould Sidi Babba  
Té: 0522.83.36.22 - CASA

PHARMACIE WATO

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgien Orthopédiste  
87, Bd. Mu Idriss 1er  
Tél : 0522.83.36.22 - CASA

URGENCES 24H/24H

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs

Patente : 37982364 - I.F.: 40166328 - C.N.S.S.: 7771513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031

147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00

E-mail : cliniquelina147@gmail.com