

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052750

ND: 46 184

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : Detraite

Nom & Prénom : SABIRI Saïd

Date de naissance : 05 11 52

Adresse : 64 Rue ezzejaoune

Bd LA GIRONDE - CASA

Tél. 0666 81 81 24 Total des frais engagés : 542 + 58 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : SABIRI Saïd Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Jourmallement HT

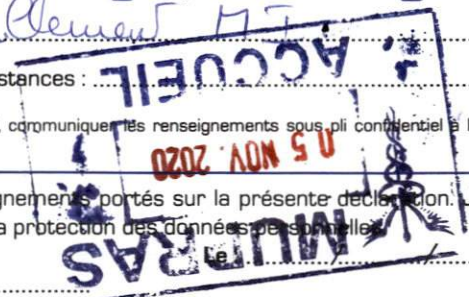
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 2957

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
15/10/2020	Cs		30900	<b>Dr. Hamid EL HRAICHI</b> 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
	15/10/2020	24270

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

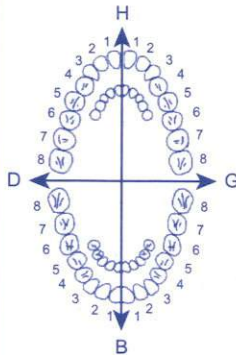
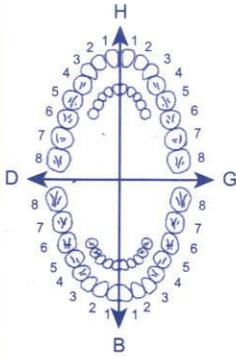
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

و تقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le

15 / 10 / 2020

الدار البيضاء ، في

Said SABIRI

69.00 x 3

Praxileue



35.70 1 cp matin et soir 1 mois

Kardeji 160.

S.V.

1 sachet par jour 1 mois

242.70

PHARMACIE KHOUARIZMI  
Mme F. RAYANE Ep. TEBIE  
1, Rue El Araar  
Gironde - Casablanca  
Tél : 0522 82 37 05

**Dr. Hamid EL HRAICHI**

Chirurgien - Orthopédiste

87, Bd. Moulay Idriss 1er

Tél : 0522.83.36.22 - CASA

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

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

ICE : 001691553000034 - (En Cas d'Urgence "CLINIQUE LINA" - Tél.: 05 22 97 74 00)

200مغ

براكسيلين®

هيدروجينو أوكسلات النافثيدروفيريل

PRAXILENE 200 mg

20 comprimés pelliculés



6 118000 080671

صباح  
ظهيرة  
مساء  
المقابر

عن طريق الفم

قرصا  
مليسا

براكسيلين

LOT : 200416  
UT AV : 10/2022  
PPV : 69,00DH

200مغ

براكسيلين®

هيدروجينو أوكسلات النافثيدروفيريل

PRAxILENE 200 mg

20 comprimés pelliculés



6 118000 080671

صباح  
ظهيرة  
مساء  
المقابر

عن طريق الفم

قرصا  
مليسا

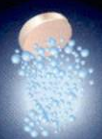
براكسيلين

LOT : 200416  
UT AV : 10/2022  
PPV : 69,00DH



15 comprimés effervescents

15



50

15 comprimés effervescents



Di-INDO® 50mg 15 comprimés effervescents

LOT 37014 2  
EXP 09/2022  
PPV 58DH00

GIC®

50mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI

traitement de certaines affections du cœur et des vaisseaux.

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre.

Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue rapidement.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE AVANT UTILISATION.**

**Mises en garde spéciales :** Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur prescription médicale.

**Conservation :** A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité.

LOT : 20E014  
PER.: 11 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



laire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc  
te de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
blanca - Maroc.

ricant : sanofi-aventis Maroc  
10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -  
Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.