

## 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.

**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° W19-424963

54267

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7702

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LATIFINE SAÏD

Date de naissance :

10/01/1961

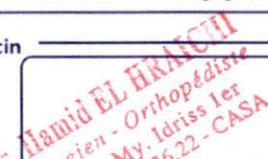
Adresse :

Tél. 0661915349

Total des frais engagés : 301,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2020

Nom et prénom du malade :

HOUSNIA MAJAT

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Canal Carpi

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-424963

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 : 7702

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 301,30

## 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
28/12 2020	Opération		G	 Dr. Hraichi Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idiaphis 100 13002 Casablanca - Maroc

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXPLICATION DES CHÈQUE/VALEURS		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDELKADER BEN M. en Pharmacie 404-403 Av. Sadi Boughaba Casablanca - Tel: 05 22 22 2000	28/12/2020	801,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

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

## 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	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G	<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	G													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

# 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 اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقدير العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 28/12/2020 الدار البيضاء، في

Najat HOUSNI

(193,60 + 3)

Fosurance 5600

SV

1 cp par semaine pendant 3 mois

63,90

Bi profenid 100

SV

88,80 x 2 1 cp matin et fin aps manger 10g

Vitaveril fort

SV

99, - 2 cp matin et fin aps manger 15g

Oeds

SV

130 1 gelule matin a jeun

1 gelule le fin au cou cher

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgien - Orthopédiste  
Tél. 0522 83 36 22 - CASA

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

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

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

0028199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

0028199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
OEDES 20mg  
28 gélules  
6 1 1 8 0 0 1 1 0 0 8 8

LOT 190817  
EXP 02/2022  
PPV 99 00 DH



Diprofenid LP 100 mg  
20 Comprimés sécables



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
9



VITANEVRL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 1 1 8 0 0 1 1 8 0 5 9 3

2534479



VITANEVRL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 1 1 8 0 0 1 1 8 0 5 9 3