

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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-007847

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0532 Société : 179.070
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAJJOU AHMED
Date de naissance : 15/03/1944
Adresse : RUE JULES GROS CITE CALINA Bloc 4
App N°6 OASIS CASABLANCA
Tél. : 6662884383 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hasnaa RAGUADI
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
ICE: 001831322000056
Ancien Bd. Abdelmoumen et Avenue Hassan II
Im. 295 5ème Etg N° E35 Casablanca
INP.: 091205781
Date de consultation : 27 JUL 2023
Nom et prénom du malade : Hajjou Ahmed Age: 79
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Insuffisance Veineuse Majeure
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 27/07/2023
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
27 JUL 2023 INP: 091205781	Acte		G	<p>Dr. Hasnaa RAGUA</p> <p>ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE</p> <p>ICE: 00181132200005</p> <p>André Bd. Abdelmoumen et Allée P. Imn. 295 5ème Etg N° E35 Casabl</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>Cachet du Pharmacien du du Fournisseur</p> <p>EL HANATI Bahr Docteur en Pharmacie</p> <p>6, Lot Nassim El Bahr Sidi Rahal Chabli Tel: 0522 96 90 08</p> <p>062045018</p> <p>Pharmacie Nassim El Bahr</p>	<p>Date</p> <p>21/07/2023</p> <p>Montant de la Facture</p> <p>472.60</p>

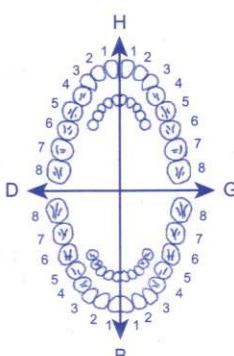
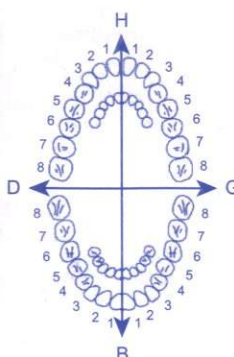
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

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

د. حسناء الركادي
Docteur Hasnaa RAGUADI

LASILIX 40 MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60

شرايين و الأوردة

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Diplômée de Paris Descartes

Diplôme universitaire en Phlébologie

Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire

Diplôme universitaire en compression médicale

الدموية بالصدى الملون

والى بالتصليب و الحقن

Casablanca le, **Le 27/07/2023**

Mr AHMED HAJJOU

LOT: 339
PER: 01/26
FPV: 25.00 DH

2-3 LITRES D'EAU PAR JOUR MINIMUM

30 MINUTES DE MARCHÉ QUOTIDIENNE

AGIDERM 2 % 1 - 1 - 1 / jr x 5 jour(s)

ALDACTONE 50 MG ½ - 0 - 0 / jr pendant repas x 1 MOIS

ASTAPH 500 MG 1 - 1 - 1 / jr après repas x 8 jour(s)

BETADINE 250 MG - - 1 / jr x 1 mois

compresses stériles - -

LASILIX 40 MG 0 - ½ - 0 / jr pendant repas x 1 MOIS

SEPCEN 250 MG 250 MG 1 - 0 - 1 / jr après repas x 8 jour(s)

TERFINE 250 MG 0 - 1 - 0 / jr pendant repas x 1 mois

Dr. Hasnaa RAGUADI
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
ICE: 00131322000056
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée
Imm. 295 5ème Etg N° E35 Casablanca

Eot N°
PPV
Exp

www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع محمد السادس، الطابق الخامس مكتب E35 الدار البيضاء
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 5ème étage, Bureau E35 Casablanca
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com