

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9355	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RACHID
Nom & Prénom :		OUALIHA	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
		
Cachet du médecin :	Dr Hasnaa RAGUADI ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE ICE: 001831327 Angle Bd. Abdelmoumen Imm. 295 Séme Etg N° 1	
Date de consultation :	23 JUIN 2023	
Nom et prénom du malade :	Majid Aicha	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie :	Insuffisance veineuse	
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 :	Casab	
Signature de l'adhérent(e) :	Le : / /	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23 JUIN 2023			300,00	INP : 091205781 Dr. Hassnae KAGUADI ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE ICE: 00181322 00756 Av. Bd. Abdelkrim El Khattabi Imme. 295 5ème Etage N° F351

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE BOUAFI Fond Ouled Ghaïd 9 et 20 Ouled Chahed 05 22 85 84 64	23/06/2023	350,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">D G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				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

الدكتورة حسناء الركادي
Docteur Hasnaa RAGUADI

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Diplômée de Paris Descartes

Diplôme universitaire en Phlébologie

Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire

Diplôme universitaire en compression médicale

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة

فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون

علاج الدوالي بالتصليب والحقن

Casablanca le, **Le 23/06/2023**

Mme AICHA MAJD

2-3 LITRES D'EAU PAR JOUR MINIMUM

30 MINUTES DE MARCHE QUOTIDIENNE

RÉGIME PEU SALÉ ET SANS SUCRES

350,00

REXABAN 15 MG

HEURE FIXE

0 - 0 - 1 / jr

après repas x 45 jour(s)



PHARMACIE BOUBAKER
Rés Riad Oufra 1, GH33, E11
M 19 et 20 Oufra 1 Casablanca
Tél : 05 22 85 84 64

Dr. Hasnaa RAGUADI
ANGIOLOGUE A PHLÉBOLOGUE
ICE: 00183722000056
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée
Imm. 295 5ème Etg N° E35 Casablanca



© www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع عبد المؤمن و ممر بيرسي عمارنة 295. الطابق الخامس مكتب E35 الدار البيضاء
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 5^{ème} étage, Bureau E35 Casablanca
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com