

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-004563

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hajjou Ahmed

Date de naissance :

15/03/1944

Adresse :

Rue Jules Gues Blc 4 n° 6 oasis

Tél. : 0662884383

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/07/2023

Nom et prénom du malade :

Hajjou Ahmed Age: 79

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Insuffisance

Pathologie :

Véhicule

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

IN

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.

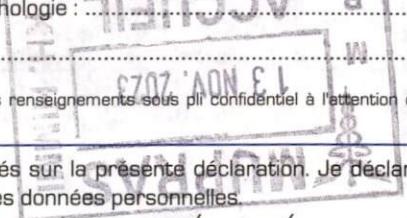
Fait à :

CHSA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Hajjou Ahmed



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
27/10/23			G	<p>Dr. Hasnaa RAGUA ANGIOLOGISTE I.C.E: 00130123 Avenue Bd. Abdelmoumen Imme. 295 5eme Etg N° 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>N° 23 Lot Sahar</i>	04/09/23	R 102.4 PDL	100.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'ENTRETIEN

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 بالتطليب والحقن

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

Mr AHMED HAJJOU

ASAT / ALAT

Labo 2022 Dr Bouazizi
N° 23 Lot. Saber 7000 Casablanca
CASABLANCA
Tél: +212 22 29 27 20

Dr. Hasnaa RAGUADI
~~ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE~~
ICB: 001831322000056
Avenue Abdelloumen et Allée Persée
Imme. 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 Abdelloumen 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

Facture

N° facture : 2023-5016

Édité le : 04/09/2023 10:41:51

Patient : Mr HAJJOU Ahmed

Date prélèvement : 04/09/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	50	67,00
SGPT (Alanine Aminotransférase)	50	67,00
Total B	100	134,00
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		59,00
Total		100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***

Dar Bouazza - Laboratoire Dar Bouazza
N° 23, Lot. Sahel Dar Bouazza
Casablanca - Maroc
Téléphone : 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19
Fax : 05 22 96 57 60
E-mail : laboratoiredarbouazza@gmail.com
IF:20749662 - Pat. :32928202-ICE: 001899921000001



Casablanca, le 04/09/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040923-036 Pvt du: 04/09/2023 10:40

Nom : Mr HAJJOU Ahmed

Demandé par Dr : HASNAA RAGUADI

Page : 1/1

ENZYMOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT (Aspartate Aminotransférase) <i>(Technique : Cinétique UV (IFCC))</i>	: 15,20 UI/l		(Inférieur à 35)
SGPT (Alanine Aminotransférase) <i>(Technique : Cinétique UV (IFCC))</i>	: 12,40 UI/l		(Inférieur à 41)

Dar Bouazza

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla