

# 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 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : 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 personnelles.

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

M23-0026985

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1688 Société : RAM 183898  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MKHANTAR FATMA  
 Date de naissance : 01/01/1944 Casa  
 Adresse : HY EL HANA RUE 30 NO 11 Casablanca  
 Tél. : 0661609721 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : Dr. Hasnaa RAGUADI  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
ICE: 0018712200056  
Angle Bd. Abdelmoumen et Allal Ben Abdellah  
Im. 295 5ème Etg N° E35 Casablanca INP: 091205781  
 Date de consultation : 03/11/2023  
 Nom et prénom du malade : MKHANTAR Fatma Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Insuffisance veineuse Majorée  
 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 : 03/11/2023

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
03/11/23	contrôle		G	<b>Dr. Hasnaa RAGUADI</b> ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE ICE: 001831322000056 Angle Bd. Abdelmoumen et Altes Pâraée Imin. 295 Sème Etg N° E33 Casablanca
INP.: 091205781				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HAY EL HAKA</b> Mme. FIKRI Soumia 17, Marché El Hana Hay El Haka INP: 092030832	03.11.23	213,10

### 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 :**

Veillez 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H															
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**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 و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن

Casablanca le, ..... **Le 03/11/2023**

**Mme FATNA MKHANTAR**

**2-3 LITRES D'EAU PAR JOUR MINIMUM**

**30 MINUTES DE MARCHÉ QUOTIDIENNE**

**CARDIOASPIRINE 100 MG**

0 - 1 - 0 / jr après repas x 3 mois

**CRESTOR 5 MG**

0 - 0 - 1 / jr après repas x 3 mois

**LIXIFOR**

0 - 1 - 0 / jr avant repas x 10 jour(s)

**Dr. Hasnaa RAGUADI**  
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée  
Imm. 295 5<sup>ème</sup> Etage Bureau E35  
Casablanca

**HARMACIE HAY EL HANA**  
Mme. IKRI Soumia  
7, Marché El Hana - Casablanca  
Tél: 05 22 86 46 68

www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع عبد المومن و ممر بيرسي عمارة 295، الطابق الخامس مكتب E35 الدار البيضاء  
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 5<sup>ème</sup> étage, Bureau E35 Casablanca  
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. JIKRI SOMMA  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Cassablanca - Tél. 05 32 34 87 43

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. JIKRI SOMMA  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Cassablanca - Tél. 05 32 34 87 43



**FORTÉ PHARMA**  
LABORATOIRES

**LIXIFOR**



ACTIFS 100%  
D'ORIGINE  
NATURELLE

**1 SEULE GÉLULE  
PAR JOUR**



**15 gélules - Sans gluten**

Complément alimentaire



Lot<sup>-1</sup>  
de

**X1031 0727**

REF. 317MA

LOT

PER

Prix

**99.00**



3 700221 339503



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
rosuvastatine

**5 mg**

**30 comprimés  
pelliculés**

Voie Orale

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

AstraZeneca 