

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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 caractére 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° N° M20- 0008610

Maladie

Dentaire

74470

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01/01/1944, Rue 30, N° 11 Casa

Adresse : Hay EL HANA

Tél. : 0661609721

Total des frais engagés : 795,32 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/1964

Nom et prénom du malade : MKhantar Fatna

Age : 77 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Veineuse Majeure

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 : 11 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
7 MAI 2021 INP : 091205781	CS		300,00	Dr. Hasnaa RAGUADI Angiologue Phlebologue Avenue Abdelloumen et Allée Persée, Bab Ezzouar Casablanca Etg. Bureau N° C18 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUI El Jaoui Bouchra 06243399124	14.05.2021	195.30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

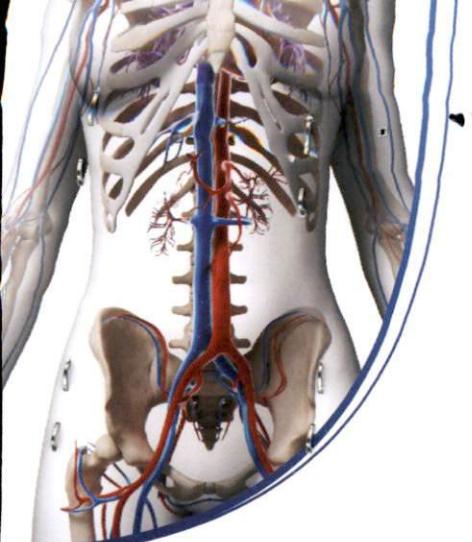
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
MONTANTS DES SOINS																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة حسناء الركادي
Docteur Hasnaa RACUADI

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون
علاج الدوالى بالتطليل والدفن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Diplômée de Paris Descartes

Diplôme universitaire en Phlébologie

Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire

Diplôme universitaire en compression médicale

Le 17/05/2021

Mme MKHANTAR FATNA



34.60



51.70

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

P.P.V: 57iH70
LOT: B25638
EXP: 11.2022



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



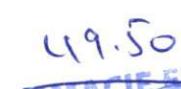
VESSEL DUE F 1 - 0 - 1 / jr avant repas x 25 jours

364.00



LIOTON 1000 1 - 0 - 1 / jr x 1 mois

PHARMACIE EL JAOUTI
Dr. JAOUFI Bouchra
Rue 22 N° 36 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24



495.30



495.30

www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع عبد المؤمن و ممر بيرسي عمارة 295، الطابق الثالث مكتب C18 الدار البيضاء
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 3^{ème} étage, Bureau C18 Casablanca
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com

* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel
tube de 50g O
PPV 49DH50

* VIGNETTE

Lioton® 1000 gel
tube de 50g O
PPV 49DH50

V2

V2

V2

V2



- insuffisance rénale aiguë,
- allergie connue aux médicaments appartenant à la classe des sulfamides,
- encéphalopathie hépatique (*troubles cérébraux observés au cours de maladies graves du foie*),
- hypovolémie (*diminution du volume total du sang contenu dans le corps*), déshydratation,
- obstacle sur les voies urinaires en cas d'oligurie,
- allaitement,
- hépatite en évolution ou insuffisance hépatique sévère, surtout chez l'hémodialysé et l'insuffisant rénal sévère,
- galactosémie, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en lactase pour la forme comprimé (cf. Mises en garde spéciales).

Ce médicament EST GENERALEMENT DECONSEILLE pendant la grossesse ainsi qu'en association avec le lithium ou le sultopride (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

Mises en garde spéciales

La prise accidentelle de furosémide peut entraîner une diminution du volume total de sang avec déshydratation.

En raison de la présence de lactose, la forme comprimé ne doit pas être utilisée en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi

Utiliser ce médicament AVEC PRECAUTION en cas de :

- diabète,
- goutte,
- maladie grave du foie.

Une surveillance particulière (bilans sanguins - contrôle médical) est nécessaire pendant la durée du traitement.

Précautions liées à la forme injectable :

Chez les nouveau-nés et les prématurés, l'utilisation prolongée de ce médicament à forte posologie peut nécessiter une surveillance échographique rénale.

Ce médicament contient 5,9 mg de sodium par ampoule (soit 2,95 mg de sodium par ml) : en tenir compte chez les personnes suivant un régime pauvre en sel strict.

Lors de la mise en solution, il existe un risque de précipitation si LASILIX 20 mg/2 ml est introduit dans une solution de pH inférieur à 7.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment si vous prenez du lithium ou du sultopride, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse – Allaitement

Le plus souvent, ce médicament n'a pas lieu.

Il ne sera utilisé pendant la grossesse qu'après avis du médecin.

Ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT,

TOUJOURS PRÉVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN

AVANT D'UTILISER UN

PER.:11/2026
LOT:

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.:34DH60

6 118000 060468

6 118000 060468

6 118000 060468

6 118000 060468



conseils de votre

'ALLAITEMENT, DE

T D'UTILISER UN