

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 à caractère 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

Nº M21- 0061609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1678 Société : *NOB 98*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MKHANTAR FATNA

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : HAY AI EL HANA RUE 30 n° 11  
CASA

Tél. : 06 61 60 97 21 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hasnaâ RAGUADI  
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée  
Imme. 295 5ème Etage Bureau E35

17 JAN 2022

MP: 091205781

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : FATNA MKHANTAR

Age: .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Veineuse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

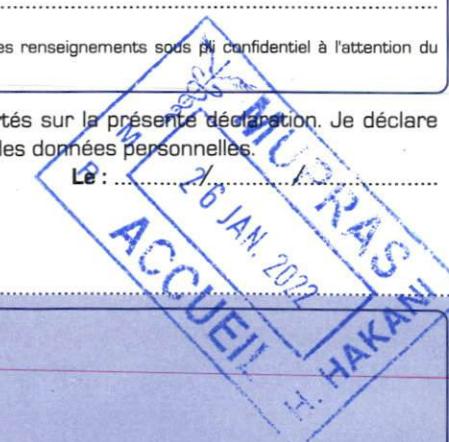
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-061609

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
17 JAN 2022	CS		300,00	Dr. Hasnaâ RAGUADI Angie Bd. Abdelmoumen et Allée Persée 1mm. 295 Salle Bague Bureau E35 Casablanca
				INP: 091205781

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANNA HAYA Mme. FIKRI SIDI 7, Marché El Hana Haya Casablanca - Tel: 05 22 54 67 40	17/01/22	833,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
	D 00000000 35533411		G 00000000 11433553
	B 00000000 35533411		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS	
	H 25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
	D 00000000 35533411		G 00000000 11433553
	B 00000000 35533411		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DE L'EXECUTION	
	H 25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
	D 00000000 35533411		G 00000000 11433553
	B 00000000 35533411		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة حسناء الركادي  
Docteur Hasnaa RAGUADI

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتطليل والحقن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Diplômée de Paris Descartes

Diplôme universitaire en Phlébologie

Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire

Diplôme universitaire en compression médicale

Le 17/01/2022

Mme FATNA MKHANTAR

57.70

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

114.70 x3

**CRESTOR 5 MG** 0 - 0 - 1 / jr après repas x 3 mois

119.50 x2

**CURARTI FORTE** 1 - 0 - 1 / jr pendant repas x 1 mois

99.50

**CURARTI GEL** 1 - 1 - 1 / jr x 1 mois

34.60

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

Dr. Hasnaâ RAGUADI

Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée

Imm. 295 5<sup>ème</sup> Etage Bureau E35

Casablanca

PHARMACIE  
Mme  
7. Marché El Hana  
Casablanca, Tel: 05 22 86 46 68

www.casablanca-varices.ma

زاوية شارع عبد المؤمن 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

Maphar  
Bd. Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 18310-1

LOT: 21E008  
PER: 05/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
S 118000-060468

P.P.V: 57DH70  
LOT: B26708  
EXP: 09.2022

Maphar  
Bd. Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 18310-1

Maphar  
Bd. Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 18310-4

curarti®  
gel

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

curarti forte®  
comprimé

315180  
06/2024

Lot : B1  
À consommer de  
préférence avant le : 04/2026  
P.P.C : 99,50 DH

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

curarti forte®  
comprimé

315180  
06/2024

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél : 05 22 54 67 00