

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 064403

ND: 102414

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8913 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CH. Didi Lyamani

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 03 83 95 53 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hasnaa RAGUADI
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée
Im. 295 5^{ème} Etage Bureau E35
Casablanca

INP.: 091205781

Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : HARBOU NAIMA Age:

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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.

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

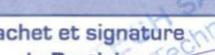
Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
AO 10/11/22				Dr. Hasnaâ RAGUADI
INP.: 091205781	Cs		G	Angle Bd. Abdou Moumen et Allée Persée 1 ^{er} Im. 295 5 ^{ème} Etage Bureau F35 Casablanca

[illegible][illegible]

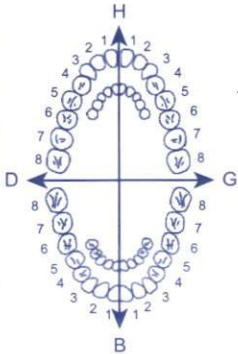
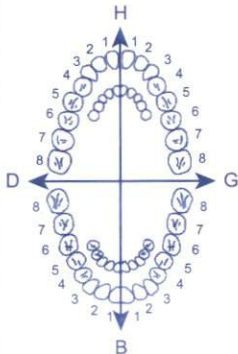
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/01/2021					601,10

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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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"/>															

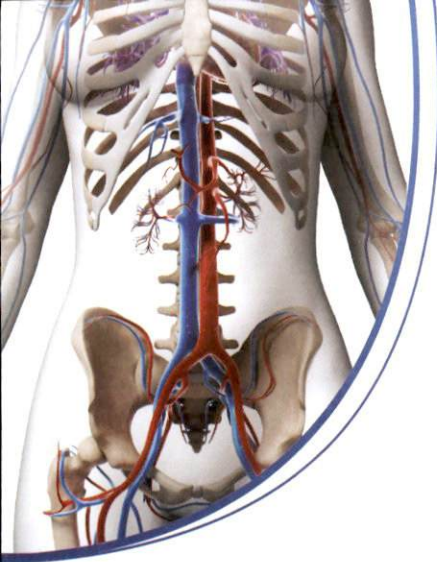
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



الدكتورة حسناء الركادي
Docteur Hasnaa RAGUADI

اختصاصية في أمراض الشرايين و الأوردة
فحص الأوعية الدموية بالاصدى الملون
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue
Diplômée de Paris Descartes
Diplôme universitaire en Phlébologie
Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire
Diplôme universitaire en compression médicale

Le 10/01/2022

Mme HARROU NAIMA

☒ SEMELLES ORTHOPÉDIQUES
MOTIF: PIEDS PLATS

ORTHOPROTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
(OR 002)
46 Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 47 48 30

Dr. Hasnaâ RAGUADI
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée
Imm. 295 5^{ème} étage Bureau E35
Casablanca

🌐 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^{ème} étage, Bureau E35 Casablanca
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com



أغظ وبق وطار
ORTHOPROTECH
ORTHOPROTHESISTE FABRICANT

ORTHESE - PROTHESE - PODOLOGIE
Siège social : 3, Rue Hims Appt N° 2 - Rabat - Maroc
Siège Administratif : Angle Av Med VI et AV El Haouz - RABAT - Maroc
Tél: 05-37-63-03-93
Fax: 05-37-63-04-33
Email: orthoprotech@gmail.com

Facture

N° Facture : FC01592022
Patient : 16217
Nom et prénom : HARROU NAIMA
Nom du Payeur : HARROU NAIMA

Orthoprotech : GHANDI
Agent : RAHMOUNE FATIMA EZZAH
Suivi par : FATMA KANOUN
Date : 19/01/2022 12:40

Référence	Désignation	Qté.	P.U. HT	TVA	Total HT
SO02	PAIRE DE SEMELLE ORTHOPEDIQUE "A	1	500,00	20,00 %	500,00

Total HT : 500,00 DHS

Total TVA : 100,00 DHS

Total TTC : 600,00 DHS

Droit Timbre: 1,50 DHS

Net à payer: 601,50 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :

SIX CENT UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

ORTHOPROTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
(ROR 002)
46. Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tel: 05 22 47 48 30