

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

Dentaire :

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 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

N° M21- 064403

ND: 102414

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1913 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CH Abd el Lyamani FEV 2022

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 03 33 95 53 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hasnaâ RAGUADI
Angle Bd. Abdelmoumen et Allée Persée
N° 295 5^e Etage Bureau E35
Casablanca

INP.: 091205781

Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : HARBON NAIMA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Transfugisance Veineuse Majeure

En cas d'accident préciser les causés 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) :

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
NO 101122	Qs	G		Dr. Hasnaâ RAGUADI Angle Bd. Abdelloumen et Allé Persée 1imm. 295 5 ^e Etage Bureau E35 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

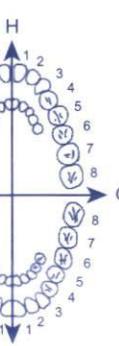
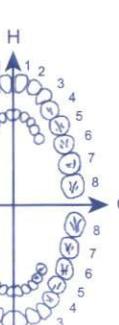
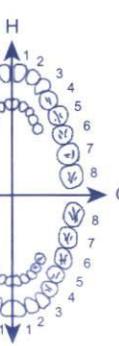
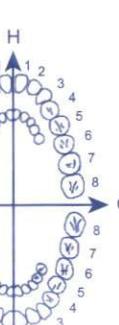
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						601 + 12

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

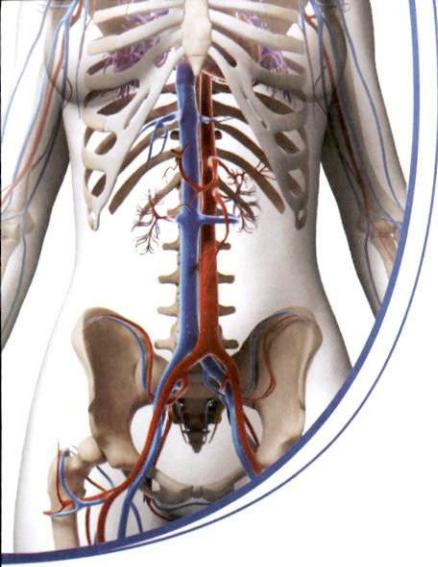
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
				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 الرقادى
Docteur Hasnaa RACUADI

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 10/01/2022

Mme HARROU NAIMA

SEMELLES ORTHOPÉDIQUES

MOTIF: PIEDS PLATS

ORTHO PROTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
(OR 002)
46, Rue des Hopitaux - 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 المؤمن و ممر بيرسي عمارة 295. الطابق الخامس مكتب E35 الدار البيضاء
Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 5^{eme} étage, Bureau E35 Casablanca
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com

**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 PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME TTC :**SIX CENT UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS**

ORTHOPOTECH SARL
Orthèse - Prothèse - Technologie
OR 002
46, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tel.: 05 22 47 48 30