

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 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

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DE BOVICH ATIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 0000 2426 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2019

Nom et prénom du malade : Denonick ATIKA Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CHAM

Le : 27/11/2019

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
27.11.91	cts		300.000 Ft	DR. J. B. Oulfa Signature Dr. J. B. Oulfa Dr. J. B. Oulfa, Clinique Oulfa 3, rue Blanqui, 75003 Paris Téléphone : 01 43 68 68 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>DR. RYACHIN MÉTAL TEL.: 05 22 53 18 88 INPE : 092089903</p>	27.12.22	933,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is oriented with the mesial side at the top and the distal side at the bottom. The lower arch is oriented with the distal side at the top and the mesial side at the bottom. The diagram includes labels: 'H' at the top center, 'D' on the left horizontal axis, 'G' on the right horizontal axis, and 'P' at the bottom center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nouhad JARDI

Cardiologue

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interné des CHU Ibn Rochd de Casablanca et de Nancy
- Diplômée en Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplômée en Ultrasonographie Vasculaire de l'Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



**الدكتورة نهاد جردي
أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• طبيبة سابقاً بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

• طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و مستشفى نانسي بفرنسا

• دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

• دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بير

ومري كري بباريس

Casablanca, le 27/12/2022

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Mme DEROUICH ATIKA

ORDONNANCE

Pharmacie
DR. HYACINTH
TEL: 0522 98 00 00
INPE

PPV: 28DH70
PER: 07/27
LOT: L2460

PPV: 28DH70
PER: 07/27
LOT: L2460

PPV: 28DH70
PER: 07/27
LOT: L2460

PPC : 79DH00

4 026466 004907

05.2024
L2100533

201,00
201,00
201,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Gardenal 10 mg b 80 cp
P.P.V : 38,50 DH

6 118001 080373
LOT: 220713
DUO: 09/2025
99,00DH

1. BONNE HYDRATATION (3 L d'eau / jour)

2. BAS DE CONTENTION (FORCE 2)

3. ADDITIVA MULTIVITAMINES : (1 mois)

1 comprimé / jour le matin

4. DAFLON 1g : (3 mois)

1 comprimé / jour à midi pendant repas

5. EFFORTIL GOUTTES :

25 gouttes x 3 / jour (1 mois)

6. RELAXIUM 375 mg :

1 comprimé / jour le soir (1 mois)

7. GARDÉNAL 10 mg :

1 comprimé / jour le soir (3 mois)

933,50

Surveillance TA anticoagulation

Si Pan Riolife

05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68 المستعجلات :

dr.jardinouhad@gmail.com

Laboratoires Deva Pharm

شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

CABINET DR JARDI NOUHAD

Nom : DEROUCH ASNKA 0006485

ECG

Sex : Female Case No. :

Age : 67Y Lit No. :

Clinique N : Date : 27/12/2022

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	155 ms	Prompt:
Temps d'écha	16s	QT Interval:	433 ms	
FC:	53bpm	QTc Interval:	407 ms	
P Interval:	99ms	P Axis:	49.60°Cb	
QRS Interval:	94 ms	QRS Axis:	-29.40°Cb	
T Interval:	200 ms	T Axis:	38.20°Cb	

TA = 123/52 mmHg

Bradycardie Minimale

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue

3, Bd Oum Rebia, 2eme étage Oujda
Hay Massani - Casablanca
Tel. : 05 22 69 54 25 / Urgences : 06 88
INPEN : 09176473

Signature Medecin :

