

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

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° M20- 0003157

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1538 Société : RAM 248453
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DEROUICH ARIKA
 Date de naissance :
 Adresse : HABIT
 Tél. 06 0000 2426 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/12/2022
 Nom et prénom du malade : DEROUICH ARIKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Cardiaque
 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 : Fait Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/12/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

27.12.92 cls

300.000fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27.12.92

933.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

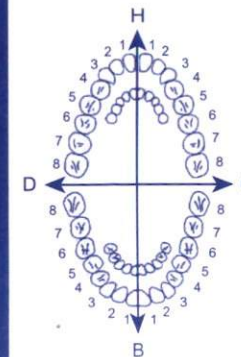
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

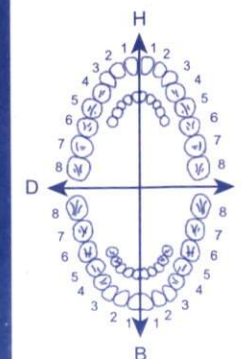
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien Médecin à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Interne 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 جردى
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقا بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء و بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيير و ماري كوري بباريس

Casablanca, le **27/12/2022** الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **Mme DEROUICH ATIKA**

ORDONNANCE

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)

Pharmacie
DR KYAT
op
TEL: 0
INPE

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

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

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

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

PPC : 79DH00



05.2024
L2100533

201,00

201,00

201,00

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



LOT: 220713
DLUO: 09/2025
99,00DH

Laboratoires Deva Pharm

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

dr.jardinouhad@gmail.com

3 Boulevard Oum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca الدار البيضاء - حي الحسني

IF : 18728957 - ICE : DD1547343000027 - Patente : 36045002

ECG

Section :

T Interval:	200 ms
-------------	--------

T Axis: 38.20Cb

bodycardie miniale
Dr Noureddine J. B. J. B.
Cardiologue
3, Bd Oum Rabie, 2ème étage Oufi
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 84 25 / Urgences : 06 80
INPE N° 031176479
Signature Medecin :

Signature Medecin :

