

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-660138

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01560 Société : Rehaile  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : SADDIKI   
 Date de naissance : 11/11/1953   
 Adresse : 10 Rue N°12 GRU EL OUBFA   
 Tél. : 066999935 Total des frais engagés : 742,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /   
 Nom et prénom du malade : 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 le présent document 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 : Casablanca Le : 29/12/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.

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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



29/02/2024

74220

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

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 :

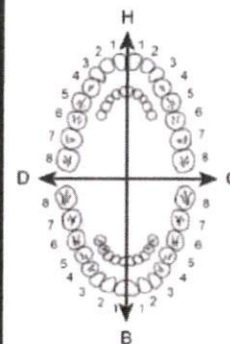
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : 
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

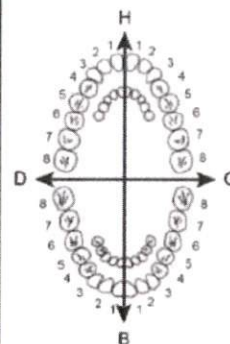
DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

[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



N°

29/02/2024

**BON Pour****ورقة لأجل**

2a Condensiel 2,5 50.70 x 2 = 101.40

2a Coveram 5/5 208.00 x 2 = 416.00

2a Kanjagic 160 35.70 x 2 = 71.40

Torva 20 106.70

Zyloxic 100 46.70 T = 742.20

à M. Saddiki Mohamed إلى السيد

Signature

إمضاء





**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 بيبير

Casablanca, le 08/11/2023

البيضاء في

Nom et Prénom : **Mr SADDIKI MOHAMED**

**ORDONNANCE**

1. **BONNE HYDRATATION (2 L d'eau/ jour)**
2. **RÉGIME PEU SALÉ**
3. **CARDENSIEL 2,5 mg :**  
1/2 comprimé / jour le matin
4. **COVERAM 5 / 5 mg :**  
1 comprimé/ jour le matin
5. **KARDEGIC 160 mg :**  
1 sachet / jour à midi après repas
6. **TORVA 20 mg :**  
1 comprimé/ jour le soir
7. **ZYLORIC 100 mg :**  
1 comprimé/ jour le soir

LOT : 23E009  
PER: 04/2025  
Kardegic 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 23E011  
PER: 04/2025  
Kardegic 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

PPV: 50,70 DHS  
Comprimés pelliculaires sécables B/30  
Cardensiel® 2,5 mg  
6 118001 100859  
7802182046



LOT : 231736  
EXP : 05/2027  
PPV : 46,70 DH

LOT : 2071  
PER : 06/25  
PPV : 106,70 DH

**TTT pendant 6 mois**

☎ 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

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002