

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.

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.

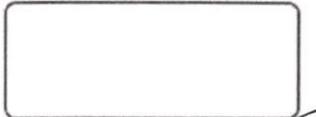
N° W21-660138

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 015CO		Société : Relais	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		SADDiki 74 1953 10 Rue N°12 GRIS EL OULEMDA	
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. 0669995935	
		Total des frais engagés : 762,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 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 à caractère personnel.
Fait à : **Casablanca** Le : **29/12/2024**

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/02/2024	742.20

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

COLET ADHERENT

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

16/09/02 | 2024 في

N°

BON Pour

ورقة لأجل

La Condensiel 2.5 50.70 x 2 = 101.40

La Coveram 5/5 208.00 x 2 = 416.00

La Kondegic 160 35.70 x 2 = 71.40

Torva 20 106.70

Zyloric 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 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 بمستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بير

Casablanca, le 08/11/2023

البيضاء في

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

Nom et Prénom : Mr SADDIKI MOHAMED

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

ORDONNANCE

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

P.P.V: 50,70 DHS
Compresse petitulués sécables B/30
Cardensiel@ 2,5 mg
6 118001 100859
988210246



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

TTT pendant 6 mois

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia 2^{ème} Etage Oulfa, Hay Hassani
Casablanca - Tel : 05 22 89 54 25
06 88 68 68 68

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

المستعجلات : 06 88 68 68 68
العن الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء
โทรศัพت : 05 22 89 54 25
IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002
dr.jardinouhad@gmail.com

208,00
X2
Ged