

VARDÉSIK 75 mg

## 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.

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° W19-493480

ND: 46719

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1247</u>		Société : <u>MUPRAS</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>Ahmed</u>		Nom & Prénom : <u>HAMDI Ahmed</u>	
Date de naissance : <u>21-12-1947</u>		Adresse : <u>Casa</u>	
Tél. : _____		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Professeur ZAID Driss</b>  <b>Néphrologie</b>  <b>Centre de Maladies Rénalistes Dialyse</b>  <u>Al Hayat Oasis</u>  <u>30/09/2023</u> Casablanca         </div>			
Cachet du médecin :  Date de consultation : <u>30/09/2023</u> Nom et prénom du malade : <u>HAMDI Ahmed</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Arteries pour l'hypertension</u>			
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 : Casa      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
10/09/2020				INP : [REDACTED] Driss ZAID Centre Universitaire de Radiologie Rue Edmond Rostand - Oasis Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL HANA Mme. FIKRI Seumia Marché El Hana Hay El Hana Casablanca Tel.: 0522 94 67 49	30/09/2020	184.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

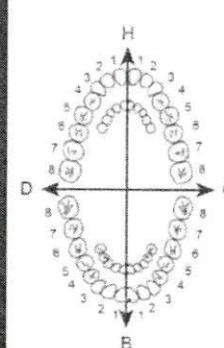
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

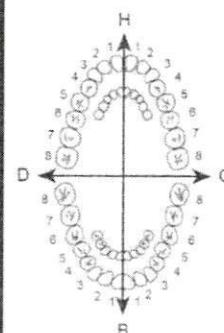
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX


MONTANTS DES SOINS


DEBUT D'EXECUTION


FIN D'EXECUTION


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



# CENTRE DE MALADIES RÉNALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

30.09.2021

Hamdi Ahmed



Professeur Zaid Driss  
Néphrologie  
Dialyse

30,70 x 6

Kardegre 75



1 pince / jour

Traitement de 06 mois  
ne pas interrompre

Professeur ZAID Driss  
Néphrologie  
Centre de Maladies Rénale Dialyse  
Al Hayat Oasis  
Rue Edmond Rostand - Oasis

184.20

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Eoumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tel.: 05 22 94 67 49



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. FIKRI Soumia  
7, Marche El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tel.: 05 22 94 67 49