

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-657454

86750

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 01560	Société : RAN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : SADDIKI Mohamed		
Date de naissance : 1-1-1973		
Adresse : 10 Rue N° 12 GR U EL OULJA		
Tél. : 06 (999) 9987 Total des frais engagés : 1230,84 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 05 OCT. 2021		
Nom et prénom du malade : SADDIKI Mohamed Age : 48		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : HIPPOKATOPATHIE		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie		
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 : CASABLANCA Le : 05 OCT. 2021		
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
04.10.2021	cl/s	250,00 DH	INP : 1111111111111111	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmasseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-CHALAK Haj Nasser	04/10/21	1230,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

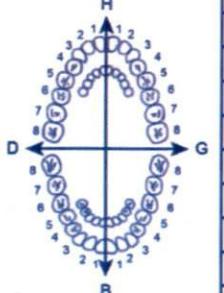
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

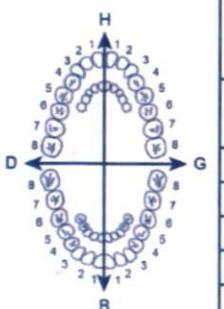
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

- 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



دار البيضاء
بالدار البيضاء و المستشفى نانسي بفرنسا
ورود بفرنسا
ن جامعة بير

Casablanca, le 04/10/2021

لبيضاء في

Nom et Prénom : Mr SADDIKI MOHAMED

ORDONNANCE

- 35,70 x 3 1. KARDEGIC 160 mg :
50,70 x 2 1 sachet / jour à midi après repas
- 50,70 x 2 2. CARDENSIEL 2,5 mg :
1/2 comprimé / jour le matin
- 125,60 x 3 3. BIPRETERAX 5/1,25 :
1 comprimé / jour le matin
- 106,70 x 3 4. TORVA 20 mg :
1 comprimé / jour le soir
- 136,60 x 2 5. AMLOR 5mg :
1 comprimé / jour le soir
- 22,00 6. CODOLIPRANE :
1 comprimé x 3 / jour pendant 5 jours
- 76,20 7. VOLTAREN 75 mg :
1 comprimé / jour le soir après repas pendant 7 jours
- 30,00 8. OEDES 20 mg :
1 gélule / jour le soir (7 jours)
9. NOCICEPTOL gel :
1 application x 3 / jour sur le cou (5 jours)



LOT 210579
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

PPV: 22DH20
PER: 05/23
LOT: K1291

LOT: 2047
PER: 01/22
PPV: 106,70 DH

LOT : 2049
PER : 08/22
PPV : 106,70 DH

Total: 123,00

المستعجلات : 06 88 68 68 68

البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com

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

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

LOT : 2050
PER : 11/22
PPV : 106,70 DH

125,60

125,60

125,60

UT.AV : 3 P.P.V.
136 60

LOT N° : 12345616

136,60

UT.AV : 10 P.P.V.
136 60

LOT N° : 1234569

136,60