

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Biologie 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 - 5ème 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° M21- 061825

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01560 Société : RAM Rehal

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIKI H

Date de naissance : 1.1.1957

Adresse : 10 Rue N°12 GR 4 EL OULFA

Tél. : 0669995935 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/03/2022

Nom et prénom du malade : SADDIKI Mohamed Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA / coronaropathie / dyslipidémie

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 : 08/03/2022 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/03/2022			250,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/03/2022

1067,90

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

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 :

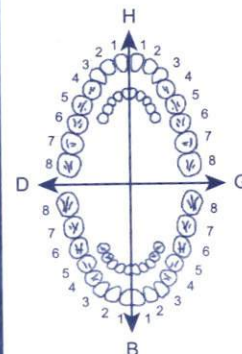
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

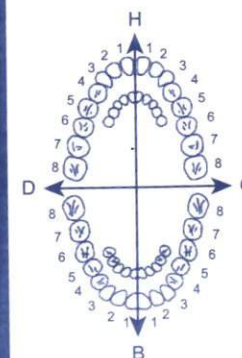
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 والشرابين

- 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 بيار و ماري كوري بباريس

Casablanca, le 08/03/2022 الربيع في

Nom et Prénom : **Mr SADDIKI MOHAMED**

ORDONNANCE

1. **KARDEGIC 160 mg :**
1 sachet / jour à midi après repas
2. **CARDENSIEL 2,5 mg :**
1/2 comprimé / jour le matin
3. **BIPRETERAX 5/1,25 :**
1 comprimé / jour le matin
4. **TORVA 20 mg :**
1 comprimé / jour le soir
5. **AMLOR 5mg :**
1 comprimé / jour le soir
6. **ZYLORIC 100 mg :**
1 comprimé / jour le soir

LOT : 21E011
PER : 05/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 21E005
PER : 12/2022
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 21E011
PER : 05/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 100859
PER : 05/2023
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS
7862160246

LOT : 2055
PER : 10/23
PPV : 106,70 DH

LOT : 2055
PER : 10/23
PPV : 106,70 DH

LOT : 2054
PER : 04/23
PPV : 106,70 DH

LOT 212952
EXP 11/2025
PPV 46.70 DH

6 118000 022268

05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 6

3 Boulevard Oum Rabia, 2ème étage Oul

IF : 187

البريد الإلكتروني : dr.jardinouhad@gmail.com

شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألف. حي الحسنى - الدار البيضاء

- Patente : 36045002

UT.AV : P.P.V.

LOT N° : 13660

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

LOT N° : 17

→ 136,60

125,60

125,60

125,60