

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-780177

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1560 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SADDIKI Mohamed
 Date de naissance : 11/1/1973
 Adresse :
 Tél : 0669995935 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06-01-2023
 Nom et prénom du malade : SADDIKI Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA / Coronaropathie
 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 : Le : 3 / 1 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 70 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
06-01-23		ds	300,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/2023	944,23

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
		AM	PC	IM	IV	

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 25533412 21433553 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		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 والشرايين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقة بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء ومستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بياريس وميري بباريس

Casablanca le 06/01/2023

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : **MR SADDIKI MOHAMED**

ORDONNANCE
S. CHALAK Haj Nassar
Pharmacie en Pharmacie
Tél / Fax : 05 22 80 53 45
00154146800087

- BONNE HYDRATATION (3 L d'eau/ jour)**
- RÉGIME PEU SALÉ**
- AUGMENTIN 1g :**
1 comprimé x 3/ jour pendant 7 jours
- EXOMUC :**
1 sachet x 3/ jour pendant 5 jours
- ANDOL 1g : si fièvre ou céphalées**
- KARDEGIC 160 mg :**
1 sachet / jour à midi après repas
- CARDENSIEL 2,5 mg :**
1/2 comprimé / jour le matin
- COVERAM 5 / 5 mg :**
1 comprimé/ jour le matin
- TORVA 20 mg :**
1 comprimé/ jour le soir

LOT : 2059
PER : 03/24
PPV : 106,70 DH

TTT pendant 6 mois

BPV : 138/30 DH
LOT : 648296
PER : 12/23

1 2 2 0 1 0
R SEP 24
F V 390 H 90
Comprimés Effervescent / Effervescent Tablets 8x10

EXP :
LOT N° 14,50

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E006
PER : 02 2024

681180 100811
P.P.V : 35DH70
LOT : 22E009
PER : 05 2024

LOT : 2061
PER : 07/24
PPV : 106,70 DH

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 50,70 DHS

☎ 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68 : المستعجلات

✉ dr.jardinouhad@gmail.com

📍 3 Boulevard Dum Rabia, 2ème étage Oulfa. Hay Hassani - Casablanca الدار البيضاء - حي الحسنى - اللفة. 3 شارع أم الربيع. الطابق الثاني. 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002