

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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.

Nº W21-802049

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	21560	Société :	Retraite (RAY)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SADDIKI Mohamed			
Date de naissance : 1-1-1957			
Adresse : 10 Rue N° 12 GR V Elouel VA			
Tél. : 0668995931	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Dr Nouhad JARBI Cardiologue 3, Bd Oum Rabia, 2ème étage Office Hay Hassani - Casablanca - 05 38 55 35 33			
Date de consultation :	02-06-2023	Age :	56
Nom et prénom du malade :		SADDIKI Mohamed	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection cardiaque			
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 : Casab

Le : 05-06-2023

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
07/07/2023	CS	200/00	(mille cent dh)	INP : 05/11/2023 Dr Fouad J. Cardiologue 3, Dr Slim Riahi - Zone d'Agafa Oulfa Tunis - 25 / Urgences : 06 50 54 55 95 07 77 17 11 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAURENT Dr. PHARMACIEN 1468000050	01/06/93	75150

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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

- 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 بيرير
- ومريكي بباريس

Casablanca, le 02/06/2023

بضاء في

Nom et Prénom : Mr SADDIKI MOHAMED

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

6 118001 100859

## ORDONNANCE

LOT : 2064  
PER : 10/24  
PPV : 106,70 DH

### 1. BONNE HYDRATATION (2 L d'eau/ jour)

### 2. RÉGIME PEU SALÉ

### 3. CARDENSIEL 2,5 mg : AS

1/2 comprimé / jour le matin

### 4. COVERAM 5 / 5 mg : AS

1 comprimé / jour le matin

### 5. KARDEGIC 160 mg : AS

1 sachet / jour à midi après repas

### 6. TORVA 20 mg :

1 comprimé / jour le soir

PHARMACIE AL GUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
55, Av. Oued Sbibou - El Ouma  
Docteur en Pharmacie  
CASABLANCA  
Tel / Fax : 05 22 80 53 45  
0015473430000057

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 2064

PER : 02/24

PPV : 106,70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 2066

PER : 02/25

PPV : 106,70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 2066

PER : 02/25

PPV : 106,70

TTT pendant 6 mois

Dr Nouhad JARDI  
3, Bd Oum Rabia - Casablanca - 2ème étage - Hay Hassani - Oulfa  
Tel. : 05 22 89 54 25 - 05 22 89 54 26 - 05 22 89 54 27