

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2062	Société :	A 79396
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	L.A.M.S.A.A.D.A.N.A.I.M.A.N.E.N.A.O.E.M.A.B.D.E.L.K.A.D.E.R
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
16.03.1962		Adresse :	
Rue 76 NR 36 OULFA CASA		Tél. : 06.59.71.83.76 Total des frais engagés : 567,90 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	JAHM SAADA Naïma Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
11-09-23	cb	300.000Dhs		<i>Mouhad JARDI Cardiologue Dr Jam Rabhi - Centre éducatif Oulfa Dr Yassine - Cardiologue 13 - Urgences - Casablanca - 06 55 12 55 55 0524 177 2479</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL LOIF</b> Mme. BENJELLOUN NEAMY 313, Bd. Oued Tensift El Ouardia Casablanca - Tél: 022.91.00.33 022.91.00.33	10/09/2013	267.00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**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 جردي**  
**أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

- 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 بيرناري
- و مري كري بباريس

Casablanca, le 14/09/2023

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Mme LAMSAADA NAIMA

## ORDONNANCE

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

2. RÉGIME PEU SALÉ

3. CALCINIB 5 mg :

1 comprimé / jour à 17 heure

4. VITAL D3 :

5 gouttes / jour le matin pendant repas

Surveillance TA ambulatoire  
Contrôle dans 7 jours

TTT pendant 3 mois

Dr Nouhad JARDI  
Cardiologue  
180, Cem Rabia  
Hay Hassani - Casablanca  
Télé: +212 52 54 21 00 00  
Email: dr.jardinouhad@gmail.com

LOT: 107  
PER: AVR 2025  
PPV: 49 DH 40

دوعي الاستعمال والمقدار

PHARMACIE EL LOTF  
Mme. B. JELLOUNI NEAMA  
313, Rd-Oued Tansit El Oulfa  
Casablanca - Tel: 022.91.00.22

LOT: 108  
PER: AVR 2026  
PPV: 49 DH 40

LOT: 108  
PER: AVR 2026  
PPV: 49 DH 40

VITAL D3  
LOT: 112758  
EXP: 10/2024  
PPC: 119.00 DH

البريد الإلكتروني : 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68

المستعجلات : dr.jardinouhad@gmail.com شارع أم الربيع، الطابق الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء

3 Boulevard Oum Rabia, 2ème étage Oulfa, Hay Hassani - Casablanca

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002