

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

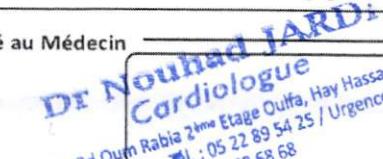
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-826693

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1360</u>	Société : <u>Petrona</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>S.A.D.A.I.KI</u>
Nom & Prénom : <u>S.A.D.A.I.KI</u>			
Date de naissance : <u>1953</u>			
Adresse : <u>10 Rue N°12 GR UEL OULTA</u>			
Tél. : <u>0669995935</u>	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Dr Sadiki Mohamed</u> Age : <u>70 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>HTA / cardiopathie</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>maladie cardiaque</u>			
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 : 02/01/2023 Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Sadiki Mohamed



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
08-11-23	cl's		300.000 DT	INP : Dr Nourhad JARDI Cordiologue 1 Bd Oum Rbia 2 ^{me} Phage Oujda, N° Hassani Tél. 05 22 83 54 25 / Urgences 33 62 23 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAM Dr. Bennani Jaafar 302, Bd Oued Seba - Oulfa CASABLANCA Tél: 0522 90 18 99	8/11/2023	1112, 90

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
		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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline G & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 ومستشفى نانسي بفرنسا
- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
- دبلوم فحص الشرايين والأوعية بالصدى من جامعة بيير وماري كوري بباريس

Casablanca, le 08/11/2023

الدار البيضاء في

Nom et Prénom : Mr SADDIKI MOHAMED

LOT : 2069
PER : 06/25
PPV : 106,70 D.

ORDONNANCE

1. BONNE HYDRATATION (2 L d'eau/ jour)
2. RÉGIME PEU SALÉ
3. CARDENSIEL 2,5 mg :
50,70 1/2 comprimé / jour le matin
4. COVERAM 5 / 5 mg :
208,00 x 3 1 comprimé/ jour le matin
5. KARDEGIC 160 mg :
35,70 x 8 1 sachet / jour à midi après repas
6. TORVA 20 mg :
106,70 x 3 1 comprimé/ jour le soir
7. ZYLORIC 100 mg :
46,70 1 comprimé/ jour le soir

T = 1112,90



TTT pendant 6 mois

Dr Nouhad JARDI
Cardiologue
3, Bd Oum Rabia 2ème étage Oulfa Hay Hassani
Casablanca - Tel: 05 22 89 54 25 Urgences
06 88 68 68 68



Comprimés pelliculés sécables/B30
Cardensiel® 2,5 mg
P.P.V: 50,70 DHS
782792746
6 118001 100859



Pharmacie TAM
Dr. Bennazir Jaafar
302, Bd Oued Sebaou - Oulfa
0522 90 18 99

LOT : 2070
PER : 06/25
PPV : 106,70 DH

LOT : 2071
PER : 06/25
PPV : 106,70 DH

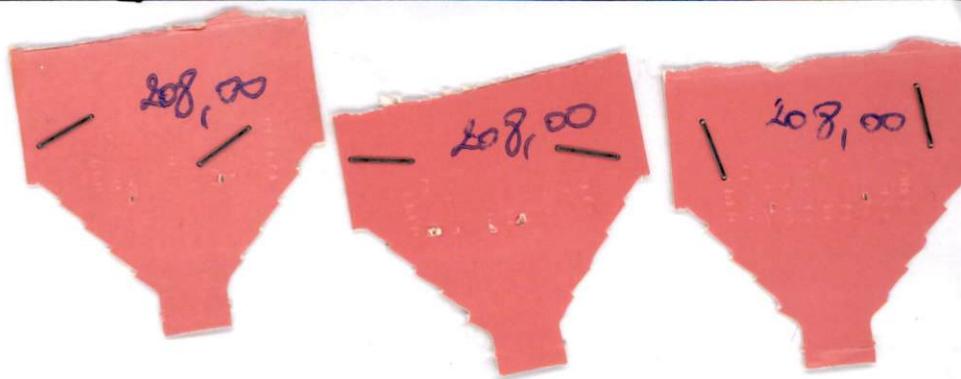
البريد الإلكتروني : 05 22 89 54 25 / Urgences : 06 88 68 68 68

المستعجلات : شارع أم الريبيع، الطابق الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء

IF : 18728957 - ICE : 001547343000027 - Patente : 36045002

dr.jardinouhad@gmail.com

شارع أم الريبيع، الطابق الثاني، الألفة، حي الحسني - الدار البيضاء



208

208

208

208

208

208

208

208

208

208

208

208