

## 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

- Reclamation : 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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M23-013884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société : AXIS41

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JRAIF Nafib

Date de naissance : 12-08-1953

Adresse : Im 17 - n°24 Lte HASSANI - CASAB.

Tél : 06 61 32 25 89 Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 08 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE WILAYA MOULOUYA</b> <b>ZEKRI Abdelati</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>220-222-224 Bd Oued Moulouya El</b> <b>Caseablanca - Tél: 0522.90</b> <b>ICE: 002291220000</b>	09/08/2023	501,70

### 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
		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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

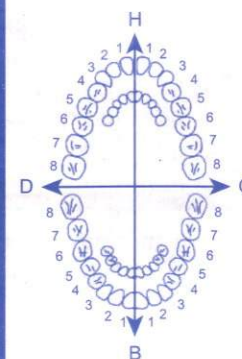
#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

*Jaouf Najib*

Matricule :

*4676*

N° CIN :

*B 117545*

Adresse :

*Sm 17 - N° 24 - cité HASSANI - CAS.*

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

*Dr. NAJIB HAVAT  
Généraliste, Sm 17, Bld: 25  
Boulevard Hassan II, Casablanca  
Hay Hassan - Casablanca  
INPE: 091173914*

Spécialité :

*Cardiologue*

N° ICE :

*001173914*

N° INPE :

*091173914*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*HTA, coronariopathie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*COVERM 50 + Cresta 50 + cochoaspirine + cedex*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

*Casablanca le 13/06/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. NAJIB HAVAT  
Généraliste, Sm 17, Bld: 25  
Boulevard Hassan II, Casablanca  
Hay Hassan - Casablanca  
INPE: 091173914*

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

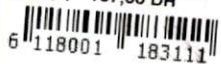


208,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V. : 167,00 DH



LOT 211262  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH



# Docteur Hayat NAJIH

## Cardiologue



# الدكتورة حياة ناجح

## إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne à l'hôpital de la Timone à Marseille  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en Imagerie vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب في الدار البيضاء.  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.  
حاصلة على شهادة فحص القلب بالحصى من جامعة بوردو بفرنسا  
حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالحصى من جامعة باريس  
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 13/09/2023

Dr Hayat Najih

208,00

① - Coverom 5/5 mg R (SV)

200 1-0-0

27,70

② - Cardioaspirine 100 mg R (SV)

0-1-0

167,00

③ - Areston 10 mg R (SV)

0-0-1

99,00

④ - Seald 20 mg R (SV)

0-0-0

Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay Hassan, Casablanca

طابق 225 رقم 1، الطابق الثاني، الحي الحسن، الدار البيضاء.

Tél: 05 22 90 70 51 - GSM: 06 62 69 23 99

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

ZEKRI Abdelati

Docteur en Pharmacie

220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa

Casablanca - Tél: 0522.90.51.13

ICE: 00229122000074

1-501,70



# PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTURE N°: 23/23

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 09/08/2023

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
09/08/2023	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
09/08/2023	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	167,00	1	167,00
09/08/2023	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
09/08/2023	CO	COVERAM 5MG/ 5MG B : 30 CPS	208,00	1	208,00
Total					501,70
Remise					0,00
Net					501,70

Dont TVA	6,48
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent et Un Dirhams, Soixante Dix ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
Docteur en Pharmacie  
ZEKRI Abdelati  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El-Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 00229122000071