

# 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.

## Biologie 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

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 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010422

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DARKAOUI Saïda

Date de naissance : 20/04/1966

Adresse : Hay Farh 15 N° 29 Casablanca

Tél. 0707773048

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2021

Nom et prénom du malade : DARKAOUI Saïda

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA Cardiopathie ischémique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
14/06/21	GEL, SCC		250,00	الدكتورة نجوى يامل نشاطية في أمراض الفم والأسنان المختار شارع الدوحة الواقعة - الدار البيضاء Tél: 06 22 88 00 25 GSM: 06 13 02 02 4

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/21	855,60

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Najoua Yamoul**  
Cardiologue



**الدكتورة نجوى يامل**  
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd  
Diplôme d'échocardiographie  
doppler de l'Université Victor Segalen  
de Bordeaux (France)

Electrocardiogramme - Echocardiographie doppler  
holter rythmique et tensionnel  
Epreuve d'effort

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
دبلوم فحص القلب بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)  
تخطيط القلب - فحص القلب بالصدى  
الفحص المستمر لدقات القلب والضغط الدموي  
اختبار الجهد

Casablanca le : 22 / 4 / 2021

DAR KAOUI sandra

SV

$$2180 \times 3 = 6540$$

Aspegic 100 0 - 1 - 0

$$101,80 \times 3 = 30540$$

cover by 5 1 - 0 - 0

$$99,00 \times 3 = 29700$$

CD NO 20 0 - 0 - 1

$$49,40 \times 2 = 9880$$

Calcium 5 0 - 0 - 1

$$89,00$$

cardien 25 1/2 - 0 - 1/2

8556

de 3 mois

Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

الدكتورة نجوى يامل  
Docteur Najoua Yamoul  
Cardiologue  
GSM: 06 13 02 02 44

0522 690 025

0613 02 02 44

344 الحاج فاخ شارع واد الدورة. الطابق الأول. الشقة 3 [قبالة مسجد الحاج فاخ] - الولفة - الدار البيضاء  
344, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura 1 Etg. App.3 [en face de la mosquée Haj Fateh]

El Oulfa - Casablanca - Maroc

@E-mail: drnajoua.yamoul@gmail.com

LOT : 20E012  
PER : 07 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH00



1180000611113

LOT : 20E011F  
PER : 05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH00



1180000611113



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH00

LOT : 20E011F  
PER : 05 2022

104,80

101,80

104,80

LOT : 201818

UT AV : 12/2023

PPV : 99,00DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 201345

UT AV : 09/2023

PPV : 99,00DH

UT AV :

LOT N° :

LOT : 210062

UT AV : 01/2024

PPV : 99,00DH

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 085  
PER : DEC 2023  
PPV : 49 DH 40

LOT : 084  
PER : DEC 2023  
PPV : 49 DH 40

LOT : 343  
PER : DEC 2023  
PPV : 89 DH 00

28 Compr