

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

- 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.

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

M22- 0014721

128680

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2742 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HDJA ABDESSAMAD
 Date de naissance : 1957
 Adresse : 42 Blv Sidi Abderrahmane
 Boussofou Oued
 Tél. : 0661959589 Total des frais engagés : 2595 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/09/2022
 Nom et prénom du malade : HDJA ABDESSAMAD Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : préventive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

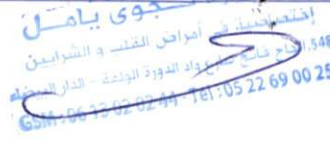
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
06/09/22	Cet. F.C.		250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/2022	2594,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

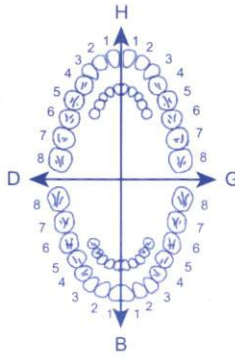
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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 والشرابيين

- 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 :

06/09/2022

M^r HADJA Abdelhamid

34.60x4 - lasilix 40

98.40 Tareg 40

56.80 Aldecho 50

44.00 cardix 60

89.70 corlarone

316.00 Plavix 75

960.00 Eliquis

103.40 Tahol 20

559.00 J ar diane

286.00/244.70 J ar diane

10624 56.60x2 shilnox 80.00

05 22 69 00 25

06 13 02 02 44

فضاء مكاتب لينا 548 الشراج فاتح شارع واد الدورة . الطابق الثاني [مع المصعد] - الدار البيضاء

Espace Bureaux Lina Imm. 548 Haj Fateh, Bd. Oued Daouira 2^{ème} Etage

[Avec Ascenseur] El Oulfa - Casablanca

E-mail : drnajoua.yamoul@gmail.com

E

ALDACTONE 50^{mg}

VRPET

ALDACTONE 50MG 20 CPS
P.P.V : 56DH80

Laboratoires
Pfizer S.A.

6 118001 170029
6 118001 170029

LOT : 21E007
PER: 09 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

LOT : 21E007
PER: 09 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

LOT : 21E018
PER: 10 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 22E004
PER: 01 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH

6 118001 081257

CORDARONE 200MG
CP SEC B40

6 118000 061120

LOT : 22E004
PER: 01 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 21E018
PER: 10 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

611800103032 3
TAREG 40 mg

28 comprimés pelliculés
ppv : 98,40 DH

Elquis® 2,5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V : 960,00 DH

6 118001 170937

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg
30 comprimés

6 118001 130160

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

313839-02

TAHOR® 20mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 250807

LANPROL® 30 mg
28 gélules

6 118000 051039