

## 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058346

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hayaj Mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.07.2023

Nom et prénom du malade : Hayaj Mina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.07.23	CGP + ECG		300,00	

مستشفى جوي يامس  
 العيادة العامة للقلب و الشرايين  
 العيادة العامة للبشرة - العيادة العامة  
 الدار البيضاء  
 06 13 02 02 44 - 05 22 69 00 25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>STÉPHANIE HANZA</b> <b>CASABLANCA</b> 06 72 22 93 10 28	25/07/23	570,40

# 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																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**Docteur Najoua Yamoul**

**Cardiologue**

- 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



**الدكتورة نجوى يامل**

إختصاصية في أمراض القلب والشرابيين

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

Casablanca le : .....

25/7/2023

M<sup>me</sup> HAYAT Muna



120,00 x3

ir vel 150 mg

1-0-0

50,70 x2

cardentil 2.5

1/2



109,00 -

gynaecorus auy

1-0-0



570,46

**STE PHARMACIE HANZA**  
**CASABLANCA**

148, Hadj Fateh Rise 8 N° 3 Lot 64  
Tél: 0522 93 10 28



TP de 3 mois

دكتورة نجوى يامل  
Docteur Najoua Yamoul  
Cardiologue  
CCM : 0522 93 10 28

0522 690 025

0613 02 02 44

548، الحاج فاتح، شارع واد الدورة الطابق الثاني (مع المصعد) [قبالة التجاري وفا بنك] - الولفة - الدار البيضاء

548, Hadj Fateh Bd. Oued Daoura 2ème Etage - El Oulfa - Casablanca

(Avec Ascenseur) [en face de Attijari Wafa Bank]

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

120,00

120,00

120,00

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

FR		Pour 1 ampoule de 10 ml
Extrait de GINSENG	90 mg	soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATE	67 mg	soit 14 mg
Extrait de GUARANA	130 mg	de caféine

22327 0725  
 LOT PER

Prix 109.00

Teneur élevée en caféine (14mg/ampoule),  
 déconseillé aux enfants de moins de 15  
 ans et aux femmes enceintes ou  
 allaitantes.

EN		For 1 vial of 10 ml
GINSENG extract	90 mg	i.e. 11 mg of ginsenosides
MATE extract	67 mg	i.e. 14 mg
GUARANA extract	130 mg	of caffeine

#### Instructions for use:

Dilute the content of the vial in a glass of water or fruit juice. Take 1 vial per day, preferably in the morning, for 20 days during times of stress or for 10 days to stay in shape. A slight deposit is normal. Shake the vial vigorously before use.

High caffeine content (14mg/vial).  
 not recommended for children under 15 years old and pregnant or nursing mothers.



# Dr Najoua Yamoul

Name: HAYAJ MINA	Frequency: 1000Hz	QT Interval: 375ms	Prompt:
Sex: Female BedNo.:	Sample Time: 61s	QTc Interval: 445ms	Total Beats 85 , Normal Beats 79 , SVE 1 , VE 5 .
Age: 56Y Date: 25/07/2023 12:07:55	HR: 85bpm	P Axis: 53.90jā	in gear Sinus mode Target rate; Middingling Left axis deviation;
SN: 0000240 Section:	P Interval: 103ms	QRS Axis: -10.70jā	
Cli No.: CaseNo.: 1841	QRS Interval: 89ms	T Axis: 44.40jā	
	T Interval: 193ms	RV5/SV1 0.42/0.71mV	
	PR Interval: 163ms	RV5+SV1 1.14mV	

الدكتور ناجوى يامل  
الطبيب في أمراض القلب و الشرايين  
الطبيب في عيادة سماع واد الدورة الولفية - امداد البصة  
Tél: 05 22 69 40 23

