

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10291 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MIRNAoui MOHAMAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663790621 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2023

Nom et prénom du malade : ZP Hajri majt Age :

Lui-même

Lien de parenté :

HIA

Nature de la maladie :

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) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
    	18.10.23	725,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A dental arch diagram showing upper and lower teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom. A central horizontal line with a dot is labeled with a minus sign (-).

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Najoua Yamoul**  
Cardiologue

**الدكتورة نجوى يامول**

اختصاصية 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 سابقاً 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 :

12/10/2023

M<sup>me</sup> El HAJRI Nayat

157,90 x 3  
- Pre le chate 102,5  
41,90 x 6  
- can dix 6,25  
-----  
725,10

10 - 1  
(6) 100  
(5) 50

LOT: 213  
PER: FEV 2015  
PPV: 41 RH 90

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

157,90

PHARMACIE LINA YAMOUL  
Nadia GOURANI  
Zoubeir  
Lotissement Casablanca  
Rouge Addoha Oulfa - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

157,90

LOT N°:  
EXP:  
PPV:

157,90

T<sup>h</sup> de 3 mois

05 22 69 00 25

06 13 02 02 44

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

Espace Bureaux Lina Imm. 548 Haj Fateh, Bd. Oued Daoura 2<sup>ème</sup> Etage

[ Avec Ascenseur ] El Oulfa - Casablanca

E-mail : drnajoua.yamoul@gmail.com

3

683.0022664/001.N0572

nekicesa

PPV :  
EXP :  
LOT N° :

١٥٧,٩٠

6 118000 280712

30 Comprimés pelliculés

10 mg / 2,5 mg

Prelectal®

30

Steripharma

جیز تیکتال / جیز تیکتال

جیز تیکتال

بریلیکتال

بیراندوبریل ارجنین / أنداباميد

Steripharma

30



LOT N°:

١٥٧,٩٠

EXP:

بریلیکتال

بیراندوبریل ارجنین / أنداباميد

Steripharma

30



LOT N°:

~~٢٠٢٣~~

EXP:

PPV:

GEP

١٥٧,٩٠

Prelectal®

10 mg / 2,5 mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 280712

nekicesa

683.0022664/001.N0572

Prelectal®

10 mg / 2,5 mg

30 Comprimés pelliculés

6 118000 280712

nekicesa

683.22664-001.N0572



















# PHARMACIE LES PARENTS

234 E LOT ZOUBEIR GR ADDOHA OULFA

INP : 092048198

R.C : 273550

Patente: 36208990

T.V.A :

C.N.S.S: 6471065

Tél : 06 67 07 50 25

Le 13/10/2023

## FACTURE N°27260

N° ICE : 001762433000084

MME EL HAJRI NAJAT

N° IF : 50841013

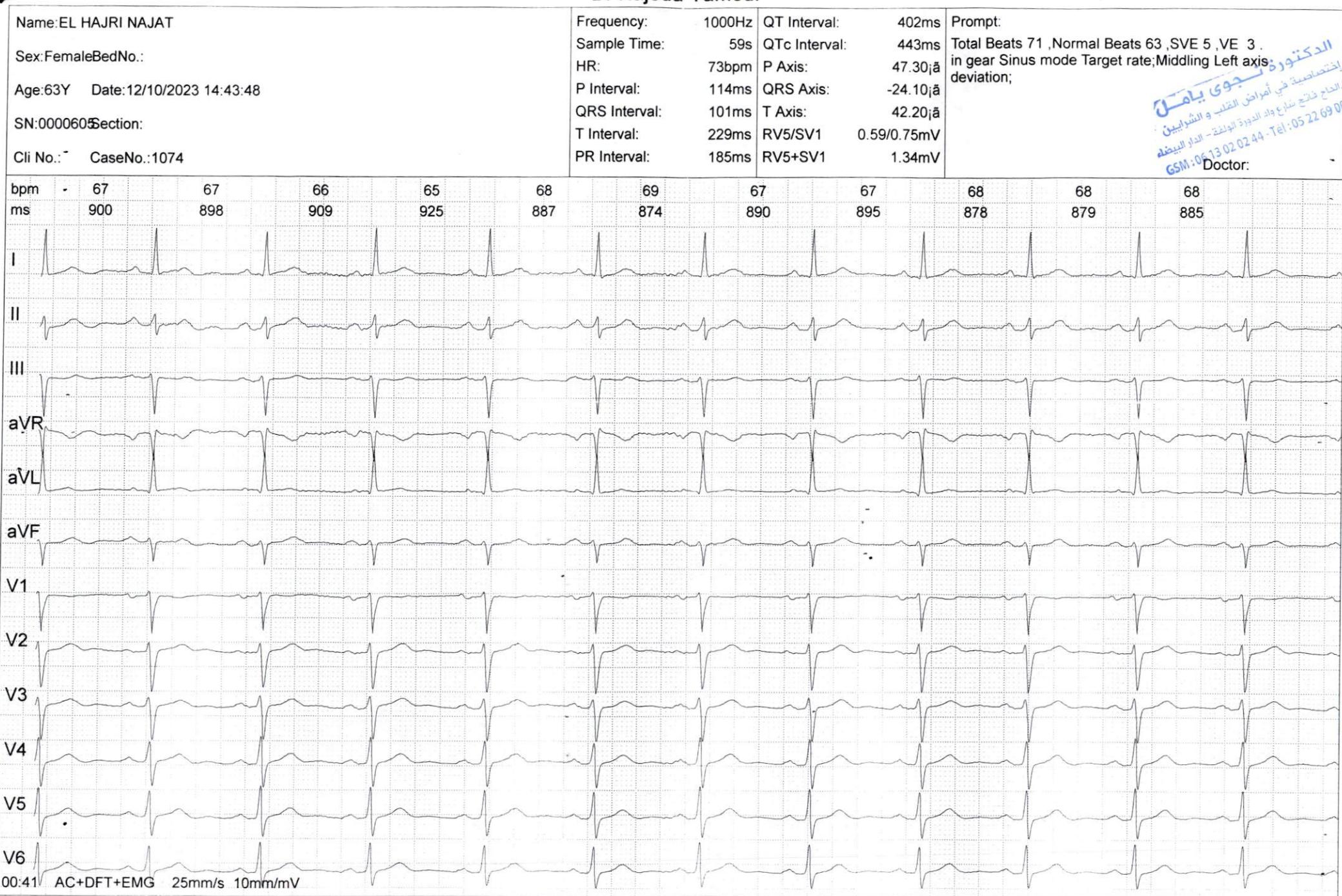
ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CARDIX 6.25MG CP BT28	41,90	125,70		
3	PRELECTAL 10MG/2.5MG BTE/30CPS	157,90	473,70	30,99	7,00
<p>PHARMACIE LES PARENTS Nafila GOURANI 234 E LOT ZOUBEIR Groupe Addoha Oulfa - Casablanca Gsm : 06 67 07 50 25</p>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>					<b>599,40</b>

Nbr Articles	TVA 7% Base :	473,70	Montant : 30,99	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------------	----------------	---------

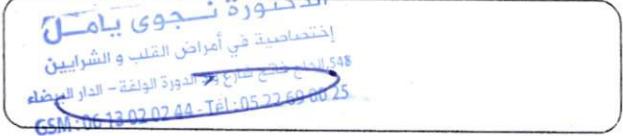
Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Quatre-vingt-dix Neuf DIRHAMS et 40 centimes.

# Dr Najoua Yamoul



الدكتورة نجوى يمول  
للتخصصية في أمراض القلب و الشريان  
الحادي فاتح شارع الدار البيضاء - الدار البيضاء  
GSM: 0513 02 02 44 - Tel: 05 22 69 08 25  
Doctor:

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>cardiologue</i>
N° ICE :	N° INPE : <i>09M86528</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>EL ATAGRI</i> <i>NAJAT</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>HTA</i> <i>diabète</i> <i>dyslipidémie</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Prelestat 1012.5 , cardix G. 25 ;</i> <i>hypolipémiant</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>12/10/2003</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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