

# 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.

M23-0026869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 14676 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JRAIF Najib

Date de naissance :

12-08-1953

Adresse : 7m 17 n° 24 - 6<sup>e</sup> HASSANIL CASA

Tél. : 06 61 32 25 89 Total des frais engagés : 501 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

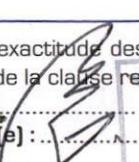
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : CASA Le : 08/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

 08 NOV 2023

## RELEVE 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
	06.11.23	501,75

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

## **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hayat NAJIH**  
**Cardiologue**



**الدكتورة حياة ناجي**

**اختصاصية 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 CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en Échographie de l'Université Bordeaux Segalen

Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en médecine vasculaire de l'Université Paris Sud

دكتورة حياة ناجي طب خارج البيضا.

طب خارج البيضا مارسيليا بفرنسا.

طب خارج البيضا مارسيليا بفرنسا.

حاصلة على شهادة محسن القلب والدم من جامعة بودو بفرنسا.

حاصلة على شهادة محسن الشرايين و الأوعية الدموية من جامعة باريس

حاصلة على شهادة محسن أمراض القلب للأطفال من كلية القلب بباريس

Casablanca, le :

13/09/2013

Hayat Najih

208.00

1. - Government Sugar

2.00 1.00

27.70

2. - Cardioglycine

10

0.10

167.00

3. - Gestose

10

0.00 1.00

99.00

4. - Dextro do

10

5. - Omnispo - 0 -

Hayat  
Cardiologue

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

شارع أفغانستان درب الحساني، بلو، 225، رقم 1، الطابق الثاني، حي الحسني، الدار البيضاء.

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

T = 501.70

208.00 →  
GEP

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

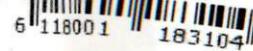
P.P.V. : 27.70 DH

Bayer S.A.



6118001 090280

Maphar  
Bd Alkamilia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5 mg CP Bell 530  
P.P.V. 114.10 DH



6118001 183104

LOT 221879  
EXP 08/2025  
PPV 99.00DH

# PHARMACIE WILAYA MOULOUEYA

FACTUREN°: 30/23

Client : JRAIF NAJIB

Adresse : 24 HAY HASSANI IM 17

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 06/11/2023

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Qantité	Total
06/11/2023	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
06/11/2023	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	167,00	1	167,00
06/11/2023	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	99,00	1	99,00
06/11/2023	CO	COVERAM 5MG/ 5MG B : 30 CPS	208,00	1	208,00
			Total		501,70
			Remise		0,00
		Dont TVA	6,48	Net	501,70

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent et Un Dirhams, Soixante Dix ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUEYA  
ZEKRI Abdeljati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulaya El Oulfa  
Casablanca - TAI n° 22.90.51.13  
ICE: 002291220000071



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

**Nom et prénom :**

Partie réservée à  
Ibrahim

Matricule :

Nº CIN:

**Adresse :**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

## Partie réservée au médecin traitant

**Je soussigne**

### Spécialité :

Nº ICE : 0019946400002

Nº INPE : 091-1739-P4

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 :**

WA, Cowiche State

Dont ci-joint ordonnance :

### Traitements prescrits :

Traitement prescrit :  
Cetuximab + Gestrin + corticothérapie + céderit

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : Wolfsburg le 19/06/2013

**Cachet et signature du médecin traitant :**

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