

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0026869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JRAÏF Najib  
Date de naissance : 12-08-1953  
Adresse : Im. 17 - N° 24 - Lib. HASSANIL CASA.  
Tél. : 06 61 32 2589 Total des frais engagés : 500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

06/11/23

501,70

### 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

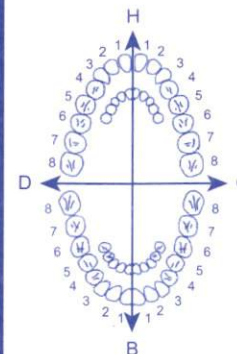
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hayat NAJIH Cardiologue



الدكتورة حياة ناجح  
إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

Diplômée de l'école de médecine de Casablanca  
Ancien interne à l'Hôpital de la Timone à Marseille  
Ancien interne à CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Diplômée en cardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes  
Diplômée en médecine vasculaire de l'Université Paris Sud

تدريجة كلية الطب فرع الدار البيضاء.  
طبيبة في طب القلب سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا  
طبيبة في طب القلب سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.  
حاصلة على شهادة في فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا  
حاصلة على شهادة في فحص الشرايين و الأوعية بالصدى من جامعة باريس  
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 13/09/2023

Jawif Najih

208,00

① - Coveram 5/5 mg 200 1-0-0

27,00

② - Cardioaspirine 100 mg 0-1-0

167,00

③ - Areston 10 mg 0-0-1

99,00

④ - Leald 20 mg 0-0-1

Bd. Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225, N°1, 2ème Etage, Hay Hassan, Casablanca  
شارع أفغانستان درب الحورية، بلك 225، رقم 1، الطابق الثاني، الدار البيضاء.  
Tél.: 05 22 90 70 51 - GSM: 06 62 69 23 99

501,00

208,00 →  
GEP

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



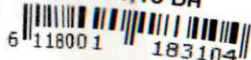
Maphar

Bd Akimia N° 6, QI,

Sidi Bemoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp peli b30

P.P.V. : 114,10 DH



LOT 221879  
EXP 08/2025  
PPV 99.00DH



# PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

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	Quantité	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
			Net		501,70

Dont TVA	6,48
----------	------

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent et Un Dirhams, Soixante Dix ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 07

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

Nom et prénom :

*Jaaf Najib*

Matriculé :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

*Cardiologue*

N° ICE :

*00151016400003*

N° INPE :

*091173914*

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 :

*HIA, coronariopathie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*COVERUM 50 + Crestor 20 + CORONASPIRINE + cedebo*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

*0808/2023 le 13/06/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. NAJIB HAVAT  
Cardiologue  
Bd Afghanistan, Sidi Houria, Bloc 25  
Hay Hassan, Casablanca  
INPE: 091173914*

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