

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0022963

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4676 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TRAIF Najib
Date de naissance : 12-08-1953
Adresse : Im 17-N°24-ite' HASSANI-CASA.
Tél. : 0664322589 Total des frais engagés : 556,20 DH.

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 : 06 / 03 / 2024
Signature de l'adhérent(e) :

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

04/03/24

556,20

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

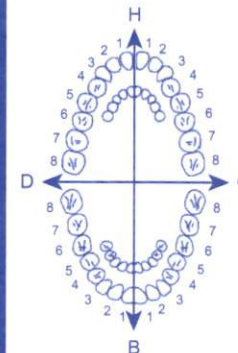
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

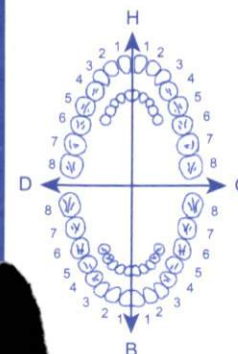
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hayat NAJIB

Cardiologue



الدكتورة حياة ناجب

إختصاصية 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 du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée en Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen
Diplômée en cardiologie pédiatrique de l'Université Paris Descartes
Diplômée en médecine vasculaire de l'Université Paris Sud

خريجة كلية الطب في الدار البيضاء.
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مارسيليا بفرنسا
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء.
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدر من جامعة بورجو بفرنسا
حاصلة على شهادة فحص الشرايين والأوعية بالصدر من جامعة باريس
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال من كلية الطب بفرنسا

Casablanca, le : 05/12/2023

Traif Najib

T = 556.20
269.100

1 - Coverom 10/5 mg (cp)

1 - 0 - 0 27.70

2 - Concho aspirine 100 mg (cp)

0 - 1 - 0

3 - Crestor 10 mg (cp)

0 - 0 - 1 167.100

4 - Aclor 20 mg (cp)

0 - 0 - 1 92.50

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

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

شارع أفغانستان درج الحرية ، بلك 225 ، رقم 1 ، الطابق الثاني ، الحي الحسني ، الدار البيضاء

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

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

269,00

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

LOT 220289
EXP 09/2024
PPV

PPV: 92,50 DH

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTUREN°: 06/24

Client : JRAIF NAJIB

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 04/03/2024

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Quantité	Total
04/03/2024	GLL	OEDES 20MG B : 28 GELULES	92,50	1	92,50
04/03/2024	CO	CARDIOASPIRINE 100MG B : 30 CPS	27,70	1	27,70
04/03/2024	CL	CRESTOR 10MG B : 28 CPS	167,00	1	167,00
04/03/2024	CO	COVERAM 10MG/5MG B : 30 CPS	269,00	1	269,00

Total 556,20

Remise

Dont TVA 0,00

Net 556,20

Arrêtée la facture à la somme de :

Cinq Cent Cinquante Six Dirhams, Vingt ctms

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelatt
Docteur en Pharmacie
220-222-224 BD Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tel : 0522.90.51.13
ICE : 002291220000071

ADRESSE: 220/222/224 BD OUED MOULOUYA OULFA CASABLANCA

TEL: 0522905113 - FAX: - TP: 36001574 - CNSS: 1304188 - TVA: - IF: 45617898 - ICE: 002291220000071



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

Nom et prénom :

JRAIF Najib

Matricule : 4676

N° CIN : B 14 45 75 B 11 7545

Adresse :

Immeuble 17 - N°24 - Cité MASSANI - CASA.

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Médecin Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

09 1773914

Certifie que Mlle, M. M. :

Jraif Najib

Nécessitant un traitement d'une durée :

☒ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

longue durée

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HIA, Couronnes Stent, RAO lèche et Abzouk

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Couvenom 605 + Couvenom fine 60 + Cresta 60

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 07/06/2023

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 garantit la confidentialité des informations communiquées