

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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-585272

SS1111



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NAJI NAWEL-SOPHIE

ALLERGOCOLOGUE

48, Rue Socrate

Tél. : 05 22 99 67 80

MUPRAS

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASABLANCA le 10.10.2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10.10.2021

NAJI NAWEL-SOPHIE
ALLERGOCOLOGUE
48, Rue Socrate
Tél. : 05 22 99 67 80

ACCUEIL
Age :
Enfant

NAJI NAWEL-SOPHIE
ALLERGOCOLOGUE
48, Rue Socrate
Tél. : 05 22 99 67 80

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
05-12-20			350	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CHAMPS Mme. KADIRI Sofia 140, Rue Brahim Nakhai Maârif Casablanca - Tel: 05 22 77 72 05	05-12-20	785,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

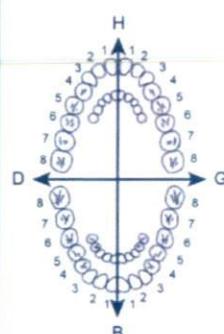
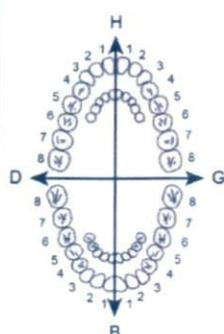
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et/ou 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																
																				
																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553	B	D	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553	B	D
H	G																			
25533412 00000000	21433552 00000000																			
35533411	11433553																			
B	D																			
H	G																			
25533412 00000000	21433552 00000000																			
35533411	11433553																			
B	D																			
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				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 NAJI Nawel-Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous

الدكتورة نجي نوال صوفية

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو. كزبمة

حساسية الأنف والعين

الحساسية الغذائية والدوائية

خريجة جامعة الطب ببوردو

طبيبة اختصاصية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

Le 05 - R - 2020.

45,3^o

Fahiminda

- ventoline : 2b x 2/j poft 3 jours
- ~~combidol~~ FLASONE 200 1/j 200 poft 15 jrs pulv.
- X1, 100 2 gel x 2/j poft 2 mois
- X1, 100 1 gel x 2/j poft 2 mois

- Douche Nasale

96,8 RESPIMER NETIFLOW Matin et Soir 2020

30,9^o x 2 sachet/dépositif

- EXOMUC sachet

ou BRONKOCOD 80 mg sans sucre

1/j

Matin et Soir

2020

1 sachet x 2/j 80 jrs

K+ NAZAIR spray 2 pulv x 2/j poft

120,7^o 1 pulv x 2/j poft

Aerosol

1/j

- ER

61,8^o 1 ep x 1/j 10 mois

PHARMACIE DES CHAMPIGNE

Mme. KADIR Sofia

Rue Brahim Nakhai Maârif

41 Casablanca - Tel.: 05 22 23 75 41

Dr. NAJI NAJEL-SOPHIE
EXPERTISE EN ALLERGOLOGIE
Tél.: 05 22 35 07 80

48, Rue SOCRAT (Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi

الطبيب غير موجود يوم الخميس

PHARMACIE DES CHAMPIGNE
140, Rue Brahim Nakhai Maârif
Casablanca



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



6 118001 030255
MIFLASONE® 200 µg
Poudre pour
inhalation en gélule
PPV : 71,40 DH

10-2021
18K19KB

N° lot tab/Date lim. ut.

15 ملبيسة

أقراص

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

أيريوس®
5 مللغ

أقراص ملبيسة

desloratadine

ديسلوراتادين

voie orale

عن طريق الفم

15 comprimés
pelliculés

LOT : 083-2
PER : AUT 2022
PPV : 61 DH 80
15 أقراص
ملبيسة



AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

أيريوس®
5 مللغ

أقراص ملبيسة

desloratadine

ديسلوراتادين

voie orale

عن طريق الفم

30 comprimés
pelliculés

LOT : 083-1
PER : AUT 2022
PPV : 120 DH 70

30 أقراص
ملبيسة



BOTTU SA
PPC : 96 DH 80

LOT H467
EXP 2021 12

O T 1 9 0 1 0
E R D E C 2 1
P V 3 9 D H 9 0

↓
39,90