

**INFORMATIONS UTILES 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.

**Biologie 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.

**Education :**

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.

**Soins :**

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**

clamation	: contact@mupras.com
Le en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

La Mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YOUSSEF ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance :

05/12/1959

Adresse :

ROUTE DE LA PLAGE  
ROUTE DE LA PLAGE

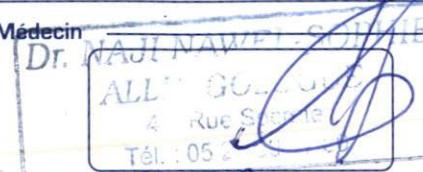
Télé. :

0663722706

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/06/2021

Nom et prénom du malade :

FAYAU HENYA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spéciale Allergique-Snée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

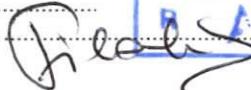
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
28.06.2021			350,00	DR JALOUZOT - CHAMONIX

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.06.2021	830,20

PHARMACIE EL JALOUZOT  
RUE 22 N° 36 74100 CHAMONIX  
Tél. 05 22 39 91 24

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT			DATE DE 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

الدكتورة نجي نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمدة

حساسية الأنف والعين

الحساسية الغذائية والموانئية

خريجة جامعة الطب ببوردو

طبيبة أخصائية مستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

**Consultations sur rendez-vous**

le ..... 28-06-2021

*Salale Linda*

Nethflou Respirer SV 2 boute  
96,80 1 sachet 240/

AEROMAX SV 2 boute  
118,50 1 fl. 3 pas au besoin

AEROMAX SV 1 pulv x 1 fl.  
190,00

PHARMACIE EL JAOUI  
DR. JAOUI Bouchra  
Rue 22 N° 36 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

Ventoline Spray SV 2 houffes Mat-Rid Son 3rs'  
45,00  
480,30



91150

91484-05

52100

C 91411-05

gsk

# Ventoline

**100 microgrammes/dose**

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

100 microgrammes/  
dose

200 DOSES  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

Aeromax®  
Budésonide

Nasal

100µg/dose

Suspension aqueuse  
pour pulvérisations  
nasales

200 doses

Aeromax® 100µg/dose

Flacon pulvérisateur



6 118001 110360

Zadní 10ma

15 comprimés enrobés sécables

6 "11800"120148"



# مع 10 سیکلریزین

ج ١٥

بِرْلِيْدِیک

**Zadryl®** 10 mg  
Cetebazine

Chaque comprimé contient :  
Cétirizine ..... 10 mg  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Lactose



Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc  
 Dr M. HOUBACH - Pharmacien Responsable