

# **ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0020828

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4726 Société : 76629  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FOUAD EL BACHA  
 Date de naissance : 25/12/1958  
 Adresse : 104 Rue Mohammadi Walid  
 Tél. : 0663722706 Total des frais engagés : Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28/06/2021  
 Nom et prénom du malade : FOUAD EL BACHA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Spécifier l'Affection - Sines  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **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.

## **Pathologie 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.

## **Educations :**

- 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.

## **Prothèse :**

- 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**

Information : contact@mupras.com  
 Responsable en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28.06.21		830.20

[illegible][illegible]

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



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 نجى نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمه

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة أخصائية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 28-06-2021

Filale Linda

NECHFLOW RESPIRER (SV) 2 boîtes  
96,80 1 sachet 240/

EAORAL (SV) 2 boîtes  
148,50 1 / 3 pas en besoin

AEROMAX (SV) 1 fl.  
190,00 1 pack x 1 fl.  
PHARMACIE EL JAOUH  
Dr. JAOUH Bouchra  
Rue 22 N° 36 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

Ventoline Spray (SV)  
45,00 2 houffes  
480,30  
Nata - Nidi Sour 3 fl.

DR. NAJI NAWEL-SOPHIE  
ALLERGOLOGUE  
48, Rue SOCRATE  
Tél.: 05 22 99 07 80



91,50

91484-05

52,00

C 91411-05



Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
200 DOSES

**100**  
microgrammes/  
dose

SALBUTAMOL

**Ventoline**



**Ventoline**

**100** microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé



# Aeromax<sup>®</sup>

Budésonide

# Nasal

100µg/dose

**Suspension aqueuse  
pour pulvérisations  
nasales**

**200 doses**

Aeromax<sup>®</sup> 100µg/dose



Flacon pulvérisateur



6 118001 110360



**Zadryl® 10 mg**  
Cétirizine

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

Rue Amygd d'Orville - Casablanca Maroc  
Dr M. HOUACHI - Pharmacien Responsable

**POLYMÉDIC**

بوليمديك  
زينة لصيوط دافلاني هي اوسمان المير القويضاة - المغرب  
سهم الصيدلاني - صيدلي مسؤول

**زادريل®**  
10 مغ  
سيتيريزين  
15 قرصا مغلفا قابلا للكسر

**Zadryl 10mg** ○  
15 comprimés enrobés sécables  
6 118000 120148

