

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ons générales :

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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

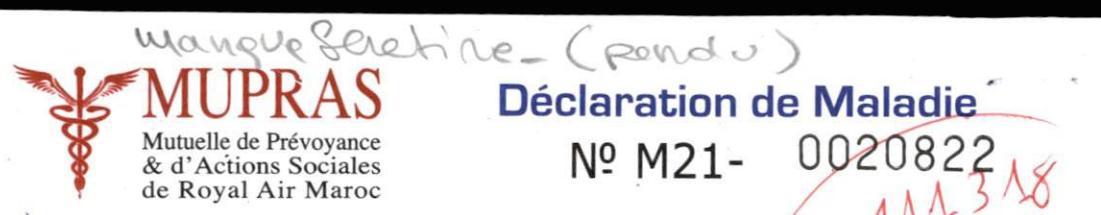
## aladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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 |

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° M21- 0020822

111318

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663722706 Total des frais engagés :

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 :

FICALI HINON

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

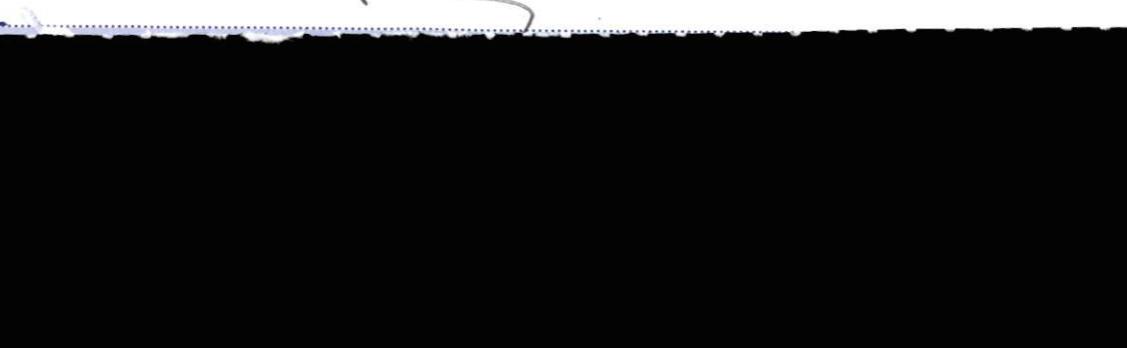
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 08/03/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 203<br>0022     | C                 |                       | #350.00                         |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date            | Montant de la Facture  |
|--|-----------------|--|
| <b>PHARMACIE LAHJAJMA</b><br>Nadia ZEMMAMA<br>nue du Phart, Résidence Taghazout<br>Agadir - Tel.: 05 22 26 28 87 | <u>21/03/22</u> | <b>PHARMACIE LAHJAJMA</b><br>Nadia ZEMMAMA<br>RUE DU PHARTE RESIDENCE TAGHAZOUT<br>AGADIR - TEL: 05 22 26 28 87<br><u>Réf: 84135</u><br><u>84135</u> |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 en indiquant la nature des soins.**

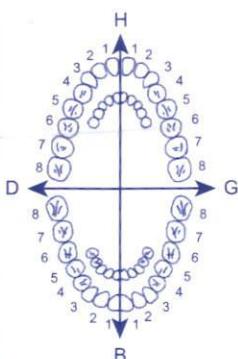
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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 صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الروبة - كزيمة

حساسية الأنف والعين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب ببوردو

طبيبة اختصاصية مستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 08 - 03 - 2022.

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Pharm. Residance Tagiazzou  
Casablanca - Tel: 05 22 28 28 67

Fihli Hind

15

21800

- SORINA DE 850 -

puis 1500

- ANAIR 250 -

49.-  
- Supradyne energie

45.8 -

- ZADORYL ep -

8840

- 13170 -

- NASONEX spray -

399 -

- EXOMUC Sachet -

- RESPIMER Neftalor sachet -

96.8 -

15

15

15

15

15

15

15

15

1 Asp matin et Soir 10/15

1 gel x 2/j poft 2 mois

1 ff poft 1 mois

1 cp/j le Soir poft 1 mois

1 cp/j le Soir poft 1 mois

1 sachet x 2/j poft 5 jours

1 fl.

15

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

Maarif Extension - Casablanca - Tel / Fax: 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA

Avenue du Pharm. Residance Tagiazzou  
Casablanca - Tel: 05 22 28 28 67

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

أكسيرا

مسحوق للاستنشاق على  
بروببيونات الفليتيكاروز

PPV: 171,70 DH  
LOT: 21K25  
EXP: 11/2023

Remboursable AMO



6 118001 320127

LUT 21008  
FER NOV 23  
FFY 39D H90

BOTTU SA  
PPC : 96 DH 80

Code ACL : 5373289

PPC: 49.00DH  
LOT: CB03269  
EXP: 08/2023

LOT 1093  
EXP 2023 10



3 564300 001756

88,40

PPV : 45,80 Dhs

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
P.P.V : 60.10DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205