

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



# Déclaration de Maladie

N° W21-654428

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12784 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ASSABANE ZINEB  
 Date de naissance : 01/11/1986  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 79421 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ASSABANE ZINEB Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection chronique  
 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 : 17/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**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
25/09/25	3 WS + 2 A	1200 <sup>OH</sup>		INF 081208645

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.09.25	503,15

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

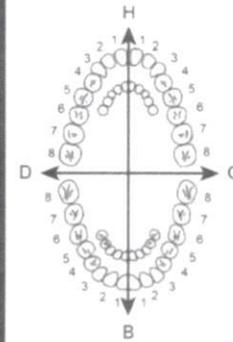
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

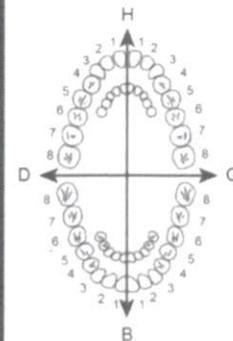
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**




**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession


COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJI Nawel-Sophie

الدكتورة نجى نوال صوفي

Immuno-allergologue

اختصاصية في أمراض الحساسية

Asthme, eczéma de contact

مرض الربو - كزيمة

Rhino-conjonctivites allergiques

حساسية الأنف و العين

Allergies alimentaires et médicamenteuses

الحساسية الغذائية و الدوائية

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

خريجة جامعة الطب بوردو

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

طبيبة أخصائية بمستشفيات بوردو سابقا

Consultations sur rendez-vous

الاستشارات بالموعد

le 25 09 2023

ASSABANE Zineb

3512  
99,12 x 2 = 199,12  
166,110  
LABIXTEN



1cp/l le soir au coucher  
3 mois

~~LABIXTEN~~  
BERIMAR

matin et soir palt 3 mois  
renouveler.

①  
115 12



② AVAMYS Spray

1 pulv x 2/j 6 jrs puis 1/j  
3 mois

39 70  
EXOMUC Sachet

1 sachet x 2/j palt 7 jours

49 16  
D. cere 100 000

1 A/mois palt 3 mois

ENVISPEARB

50 50 palt 4 mois

48, Rue SOCRATE ( Niveau stade d'honneur, face CNSS)  
Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi  
طبيب غير موجود يوم الخميس

503.15

10 comprimés  
Voie orale

**LABIXTEN**<sup>®</sup>  
20 MG **Bilastine**

LOT: 14522001  
PER: 05/2027  
PPV: 33,20 DH



**FAES FARMA**

**LABIXTEN**  
20 MG  
Bilastine  
10 comprimés  
Voie orale

Handwritten in blue ink: "EV 45" and a circled "4".

30 comprimés  
Voie orale

LOT: 14522015  
PER: 10/2027  
PPV: 99,70 DH

**LABIXTEN**®  
20 MG **Bilastine**



IBERMA



FAES FARMA

30 comprimés  
Voie orale

LOT: 14522015  
PER: 10/2027  
PPV: 99,70 DH

**LABIXTEN**®  
20 MG **Bilastine**



IBERMA



FAES FARMA

20 comprimés  
Voie orale

**LABIXTEN<sup>®</sup>**  
20 MG **Bilastine**

LOT: 14523001  
PER: 02/2028  
PPV: 66,40 DH



**FAES FARMA**

**LABIXTEN**  
20 MG  
**Bilastine**  
20 comprimés  
Voie orale

**Exomuc**<sup>®</sup>

acétylcystéine 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets

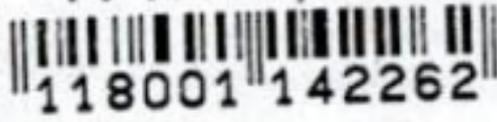


LOT 23008  
PER AVR 25  
PPV 33DH90

ID:652027

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV:115,00 DH



Liste I - Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone



## Facture

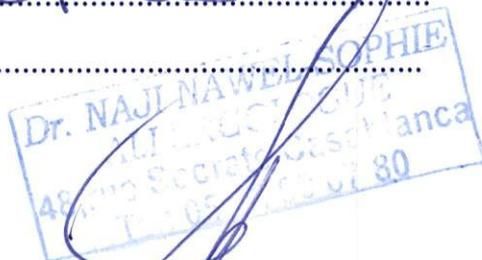
Je soussignée Dr NAJI Nawel -Sophie certifie avoir perçu la  
somme de 1200

Titre des Certificats de Honoraires

3015 x 2  
Tests Coelomies d'allergie  
Alimentaire + Respiratoire

pour Mme AGARANE Zineb

le 25 09 2023



**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 - كزيمة

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة أخصائية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 25 09 2023.....

**Tests Cutanés Allergiques respiratoires et alimentaires**

**ASSABANE ZINEB**

TEMOINS	PRICKS test
NEGATIF	0 0
POSITIF	6 15

D pteronyssinus	8 31
D farinae	8 30
Blatte	-
Chien	-
Chat	-
5 graminées	-
Alternaria	-
Cladosporium	
Blomia T	6 25
Aspergillus	-
POLLEN D OLIVIER	-

Œuf cuit	-
Lait de vache	-
Ble	-
Arachide	-
Soja	-
Sesame	-
Noisette	-
Poisson	-
crevette	-
kiwi	-

**CONCLUSION**

**Bilan allergologique d une rhinite persistante**

TDM sinus juin 2023: ethmoidite gauche et rhinite

**Hypersensibilité allergique immédiate aux ACARIENS**

Dr. NAJI NAWEL-SOPHIE  
ALLERGICU  
48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)  
Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30  
07 80

48, Rue SOCRATE ( Niveau stade d'honneur, face CNSS)  
Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

Médecin absent le jeudi

طبيب غير موجود يوم الخميس