

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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
30/08/23	3 VLS	1200		INF. 081208645

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25.09.23 503,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

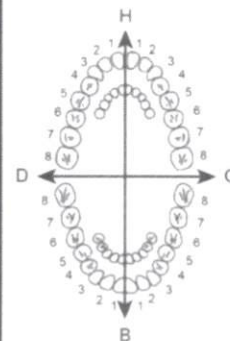
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

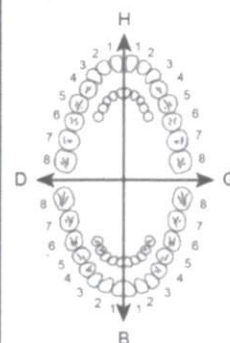
A M P C I M I V

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 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 ناجي 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

ASSABANE Zineb

35.2
99.12 x 2 = 199.12
x 66.110
LABIXTEN

SV

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

39.80
EXOMUC Sachet

1 sachet x 2/j palt 7 jours

49.16
D. cere 100 000

1 A/mois palt 3 mois

ENVISPEAR

50 500 puis 150 150 / 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[®]
20 MG **Bilastine**

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



FAES FARMA

LABIXTEN
20 MG
Bilastine
10 comprimés
Voie orale

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[®]
20 MG Bilastine

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



FAES FARMA

LABIXTEN
20 MG
Bilastine
20 comprimés
Voie orale

Exomuc[®]

acétylcystéine 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets



LOT 23008
PER AVR 25
PPV 33DH90

6 ID:652027

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:115,00 DH

118001 142262

Liste I - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Avamys

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



Facture

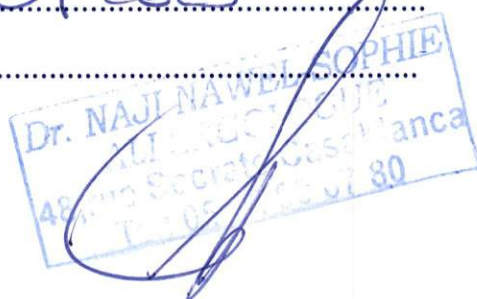
Je soussignée Dr NAJI Nawel -Sophie certifie avoir perçu la
somme de 1200

Pour deux Tests d'Inhalation

3K15 x 2
Tests Cutanés d'allergie
Alimentaire + Respiratoire

pour Mme ASSADANE 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
ALLERGologue
48, Rue SOCRATE Casablanca
Tél. 0522 99 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