

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 d'Essaouira - 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° W21-687080

112720

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARBI

Date de naissance : 01 01 1953

Adresse : 91 BD SMARA II M. ABAELAH CASA

Tél : 06 61 24 1148 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur FATHI Najib Med
Allergologie Immunologie - Clinique
Maladies Allergiques Asthme
Expert Assermenté près Les Tribunaux
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa
Tél: 0522 44 62 75 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 03 2022

Nom et prénom du malade : MAJD EL ARBI Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Goutte

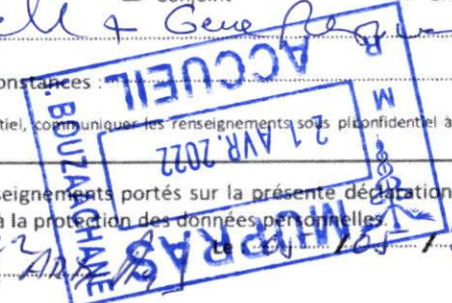
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA - 21/5/2022

Signature de l'adhérent(e) : EL ARBI



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
31/03/22	C2		300,00	INP : 091064220

Docteur FATHY Najib Med
Allergologie Immunologie - Clinique
Maladies Allergiques Asthme
Expert Assermenté près Les Tribunaux
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage / Casa
Tél: 0522 27 55 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sanaâ BENKIRANE 104 Bd de Paris - Casablanca Tél: 05 22 27 55 23	31/03/22	772,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

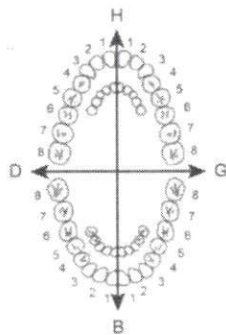
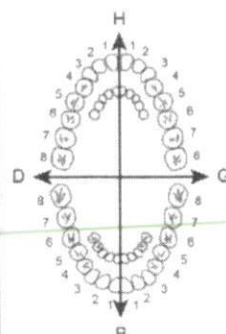
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25633412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25633412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25633412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FATHI NAJIB Med

لب محمد

ALLERGOLOGIE
IMMUNOLOGIE CLINIQUE
de la Faculté de Médecine de Nancy

الضيقة

سي

سياسة لعلوم

سياسة

الحاكم

Membre de la Société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique
Maladies Allergiques - Asthme
Expert Assermenté près les Tribunaux

104, Bd. du 11 Janvier - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

ل - الدار البيضاء
05 22 44 52 7

Casablanca, le : 31. 03. 2024

الدار البيضاء، في: 31. 03. 2024

PHARMACIE LIBERTÉ
Sanaa BENKIRANE
104, Bd. du 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 44 52 76 / 75

EL ARAB

Glucophage

PHARMACIE LIBERTÉ
Sanaa BENKIRANE
104, Bd. du 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 44 52 76 / 75

(60.40 x 3)

Amaral

PHARMACIE LIBERTÉ
Sanaa BENKIRANE
104, Bd. du 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 44 52 76 / 75

550.00

JARDIANCE

Docteur FATHI Najib Med
Allergologie Immunologie - Clinique
Maladies Allergiques Asthme
Expert Assermenté près Les Tribunaux
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa
Tél: 05 22 44 52 76 / 75

772,80



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10 2024
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10 2024
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 21E003
PER : 10 2024
6 118000 060031

1.41 x 3mm