

## 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° W21-687078

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARDI

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 91 Bd SNARA H. NY ABDALLAH CIAM

Tél. : 06 61 24 11 48

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur FATHI Naïb Med  
Allergologie Immunologie - Clinique  
Maladies Allergiques Asthme  
Expert Assermenté près Les Tribunaux  
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa  
Tél: 0522 44 52 75 / 76

Date de consultation : 23/09/2022

Nom et prénom du malade : MAJD EL ARDI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : EL ARDI / k

Le :

23/09/2022

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
23/09/11	G		3020	INP: 091106472 Docteur FATHI Najib M Allergologie Immunologie - Clinique Maladies Allergiques Asthme Expert Assemblées des Tribunaux 11, Jan. 181, 4er Etage - Ca 02 76 27 26

INP: 09106472

**Docteur FATHI Najib Med**  
Allergologie Immunologie - Clinique  
Maladies Allergiques Asthme  
Expert Assemblées près Les Tribunaux  
104 Bd. du 11 Janvier 4<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tel: 0527 54 52 75-76

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/02	238,00

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

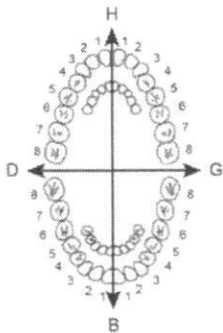
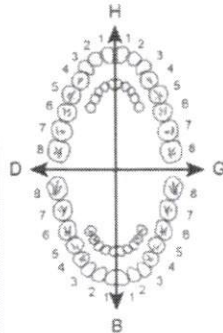
[illegible]

# RELEVÉ 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FATHI NAJIB Med

الدكتور فتحي نجيب محمد

ALLERGOLOGIE  
IMMUNOLOGIE CLINIQUE  
de la Faculté de Médecine de Nancy

أمراض الحساسية والضمية  
بكلية الطب بنانسي

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

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم  
المناعة والحساسية

خبير محلف لدى الحاكم

104, Bd. du 11 Janvier - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

104, شارع 11 يناير الطابق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 44 52 75 - 05 22 44 52 76

Casablanca, le : 23.09.2017 الدار البيضاء في

M. Majb elah  
82,10 INEXIUM



134,50. 141



ARCOXIA 120 mg

Arcoxia 120 mg  
7 comprimés  
P.P.V.: 134,50 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 448/16DMP/21/NTO



29,20 141 1 + 7

Docteur FATHI NAJIB Med  
Allergologie Immunologie - Clinique  
Maladies Allergiques - Asthme  
Expert Assermenté près Les Tribunaux  
104 Bd du 11 Janvier 1er Etage - Casa

PHARMACIE LA LIBERTÉ  
S.V.  
104, Bd de Paris - Casablanca  
Tél: 05 22 27 58 23

