

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-687078

130787



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 24 11 48

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : _____ Le : 23/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

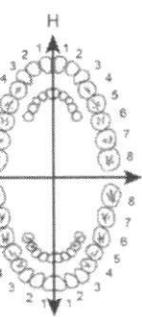
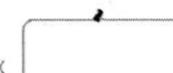
EL ARDI / k

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
23/09	G		3000	INP : 09106477 Docteur FATHI Najib Med Allergologie Immunologie - Clinique Maladies Allergiques Asthme Expert Assermentation à près Les Tribunaux 14, 11 Janvier 4er Etage + Case 03 26 17 76

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>WEC</i> <i>de la Pharmacie de KIRI</i>	<i>23/09/02</i>	<i>238,60</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
					Coefficient DES TRAVAUX 																					
					MONTANTS DES SOINS 																					
					DEBUT D'EXECUTION 																					
					FIN D'EXECUTION 																					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D		G																								
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
					Coefficient DES TRAVAUX 																					
					MONTANTS DES SOINS 																					
					DATE DU DEVIS 																					
					DATE DE L'EXECUTION 																					

Docteur FATHI NAJIB Med

الدكتور فتحي نجيب محمد

ALLERGOLOGIE

IMMUNOLOGIE CLINIQUE
de la Faculté de Médecine de Nancy

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

أمراض الحساسية والضيق

بكلية الطب بنانسي

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم

المناعة والحساسية

خبير محلف لدى المحاكم

104، شارع 11 ينابر الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 52 75 - 05 22 44 52 75

Casablanca, le : ٢٣.٠٩.٢٠٢٢
الدار البيضاء، في:

Mr. Majd el acha
82, ٢٠ INEXIUM
134, ٨٠.



Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V: 134,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/NTO
6 118001 160068

Docteur FATHI NAJIB Med
Allergologie 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

PHARMACIE
Santé
de Paris
104, Bd
Tél: 05 22 27 55 23

