

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-763873

par Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8036	Société :	Royal AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KIAL MOHAMMED			
Date de naissance : 26/04/1964			
Adresse : Rue 440 N° 34 Bts EL GADIDA			
Tél. : 0661 443827 Total des frais engagés : 415,60 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Comptoint

Age:

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 : EL GADIDA

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-763873

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

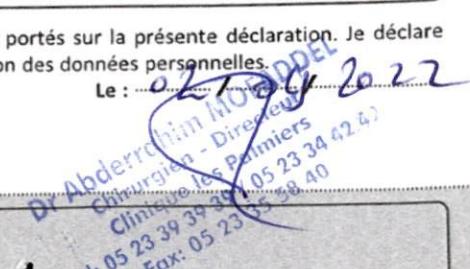
Matricule :

8036

Nom de l'adhérent(e) : KIAL Med

Total des frais engagés : 415,60

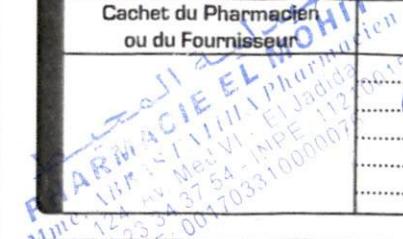
Date de dépôt :



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
2/9/22	C	100		INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/9/22	210.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

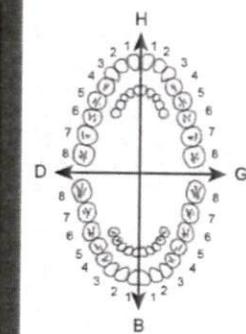
VOLET ADHERENT

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

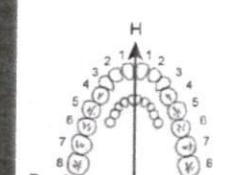
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : 
				

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

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
G																
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE PALMIER

Médecine-Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
O.R.L et Chirurgie Maxillo-Faciale
Gynéco Obstétrique
Neuro chirurgie - Ophtalmologie
Pédiatrie
Réanimation Adulte et Enfant



مصحة النخيل

الطب العام - الجراحة العامة - جراحة العظام
والمفاصل - جراحة الأذن والأذن والحنجرة
جراحة الدماغ والأعصاب
جراحة العيون - طب الأطفال
جراحة الولادة والنساء - الإنعاش

Urgences 24h/24h

المستعجلات : 24 من/24h

DR ABOU EL FATTAH

MED SAID

Gynécologue - Obtétricien

Tél.: 05.23.37.30.31

DR A. MOFADDEL

Chirurgien Viscérale
et Générale - Proctologie
Chirurgie Cancerologique

Tél.: 05.23.34.10.40

GSM : 06.61.15.85.51

DR. M. SEKKAT

O.R.L et Maxillo - Facial

Tél.: 05.23.35.38.50

I.N.P : 110003464



El Jadida, le:

21/9/22

Khalil El Sayed
69,37 Bravani 500
T46

59,80 Jelds 2000
T47

34,70 Perctop
Vilma 1000
T48

14,80

34,00

Huile
T49

Clinique Ligue Arabe - SARL. au capital de 2.000.000,00 DH
Place SINTRA, Route Casablanca - 24000 El Jadida

Tél: 05.23.39.39.39 / 05.23.34.42.42 - Fax : 05.23.35.58.40

CNSS N° : 6229729 - I.F. N° : 05700019 - Patente N° : 42105609 - R.C. N° : 381

ICE: 001455383000038 - N° de Compte: 117170 21211 5215733 000 144 B.P : Ligue Arabe 25000 - El Jadida

Email: cliniquepalmiers@menara.ma

10,30

Dolip-Sedan

215,60



PHARMACIE EL MOUADDEB
Mme. 124 Av. 1er Juillet
Tél. 05 23 34 37 65
ICE. 001703310000076

Dr Abderrahim MOUADDEB
Chirurgien - Directeur
Tél. 05 23 39 39 55
Fax. 05 23 37 58 10

10,30

LOT: M0669
PER: 01/2024
PPU: 69,00 DH

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescents

PPV: 14,80 DH

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10 Comprimés effervescents

Lot N°/Date Per. :

LOT 210385
EXP 12/2023
PPV 52,80 DH

PPV 34DH70

LOT: A00088
PER: 06/2024
PPV: 34,00 dh

DECT