

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, parodontologie 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-763873

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8036

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KIAL MOHAMMED

Date de naissance : 26/04/1964

Adresse : RUE 440 N° 34 B1 EL JADIDA

Tél. : 0661 443827 Total des frais engagés : 415,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2022

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 02/09/2022

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, Mohamed

Total des frais engagés : 415,60

Date de dépôt :

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
2/9/22		100		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

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	

VOLET ADHERENT

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

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.

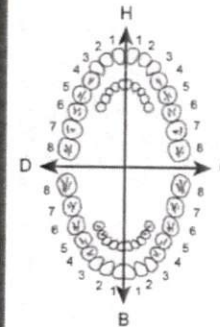
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

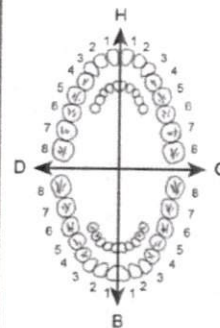
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

CLINIQUE PALMIER

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



مصلحة النفيل

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

Urgences 24h/24h

المستعجلات: 24 س/24

**DR ABOU EL FATTAH
MED SAID**

Gynécologue - Obstétricien

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



110003464

El Jadida, le: 2/9/22

Ki'at L

69.00 Br'ouanic 5.00

14/1

59.80

Jldes 200

14/1

34.70

Pexty

14.80

Vil

34.00

Hu

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 1 44 B.P : Ligue Arabe 25000 - El Jadida

Email: cliniquepalmiers@menara.ma

10.7.

Dely - Sady



215.60

PHARMACIE EL MOHIT
Nme: 124 Av Med VI - El Jadida
Tel: 05 23 34 37 54 - INPE 112100151
ICE: 001703310000076

Dr Abderrahim MOFADDEL
Chirurgien - Directeur
Clinique des Polynésiens
Tel: 05 23 34 36 39 / 05 23 34 42 42
Fax: 05 23 34 35 58 40

10.30.1

LOT: M0669
PER: 01/2024
PPV: 60,00DH

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 52.80DH

PPV 340DH70

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

PECT