

## 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

- 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

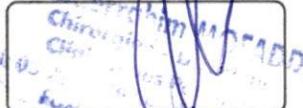
N° W21-763877

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8036			
Société : ROYAL AIR MAROC			
Nom & Prénom : KIAL MOHAMMED			
Date de naissance : 26/10/1964			
Adresse : Rue 440 N° 319 B8 EL JADIDA			
Tél. : 0661443827 Total des frais engagés : 1005,30 Dhs			

Autorisation CIDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/8 / 2022

Nom et prénom du malade :

KIAL MOHAMMED

Age :

26

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) :

Dr Abdellah MUFADDEL  
Chirurgien - Directeur  
Clinique les Palmiers

Le : 02/08/2022

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-763877

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 M

Total des frais engagés : 1005,30

Date de dépôt :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ELMOH INPE 1000 CE: 0017631000	23.22	405.52

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

# CLINIQUE PALMIER

Médecine-Chirurgie Générale  
Orthopédie-Traumatologie  
O.R.L et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Gynécologie - Obstétrique  
Neuro chirurgie - Ophthalmologie  
Réanimation Adulte et Enfant

DR ABOU EL FATHAH  
Méd Saïd  
Gymnastique - Objectif  
Tél.: 05.23.37.30.31

DR. M. SEKKAT  
O.R.L et Maxillo - Facial  
Tél.: 05.23.35.38.50

DR. A. MOFADDEL  
Chirurgien Viscérale  
et Générale - Proctologie  
et Gastro-entérologie  
Tél.: 06.61.15.85.15  
GSM : 06.61.15.85.15

110003464  
  
L.N.P : 110003464

Clinique Ligue Arabe - SARL au capital de 200.000.000 DH  
Place SINTRA, Route Casablanca - 24000 El Jadida  
Tél.: 05.23.39.39 / 05.23.42.42 - Fax : 05.23.35.58.40  
CNS N° : 6229729 - I.F. N° : 05700019 - Patente N° : 42105609 - R.C. N° : 381  
E-mail: cliniquepalmeires@menara.ma  
Tél.: 01455383000038 - N° de Compte: 11717021211 5215733 000 144 B.P.; Ligue Arabe 25000 - El Jadida

DR Abderrahim MOFADDEL  
Chirurgien les Palmettes  
Tél.: 05.23.34.42.42  
Fax: 05.23.35.58.40  
Tél.: 05.23.34.42.42  
Fax: 05.23.35.58.40

DUSPATALIN 200MG  
GELU 820  
0

09.05.2023  
LOT: 21E005

DUSPATALIN 200MG  
GELU 820  
0

11.05.2023  
LOT: 21E006

DUSPATALIN 200MG  
GELU 820  
0

03.06.2023  
PER: 21E002



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83  
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83  
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83  
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

Lot: 3376A  
12.2025  
EXP: 32.00 DHS  
PPV: 32,00

Lot: 3374A  
12.2025  
EXP: 32.00 DHS  
PPV: 32,00