

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

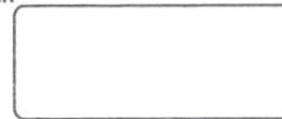
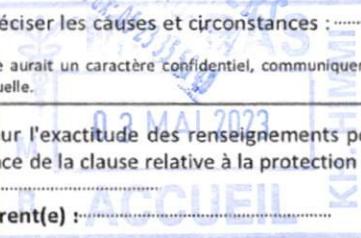
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

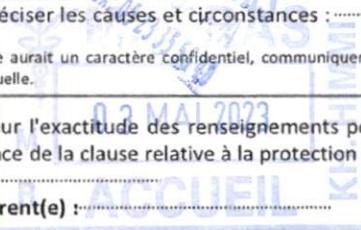
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-796669

MSA304

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :
Matricule : 11115		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL		
Date de naissance : 05.06.1972		
Adresse : Lot. KHADELAOU, RUE 6 N° 6 AZEMMOUL		
Tél. : 06 97 16 8787	Total des frais engagés :	300 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 13/04/2023		
Nom et prénom du malade : AZZEHIZI NABIL Age : 49		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : NCB + hypertension		
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 : CASA Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 03/05/2023.

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
13/11/2023	C	300	INP : 1011111111111111	Dr. J. P. GARNIER MOT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

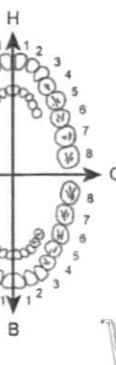
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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 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			
	 $\begin{array}{c} H \\ \\ \square \end{array}$	$\begin{array}{cc} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & G \end{array}$		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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 Orbitrique
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 / 24 من

El Jadida, le: 13/04/2023

DR ABOU EL FATTAH

MED SAID

Gynécologue - Obtétricien

Tél.: 05.23.37.30.31

DR A. MOFADDEL

Chirurgien Général et Générale - Proctologie, Chirurgie Cancerologique

Tél.: 05.23.34.10.40

GSM : 06.61.15.85.51

FACTURE

DR. M. SEKKAT Consultation

300,00

O.R.L et Maxillo - Facial

Tél.: 05.23.35.38.50

Arrêter la présente facture à la somme : **Trois cent Dhs.**

I.N.P : 110003464



SIGNE/

Dr M. MOFADDEL

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