

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 320 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAÏCH MINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0691188268

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 15 NOV 2022

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

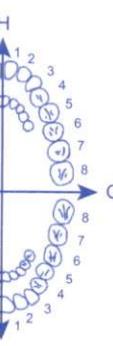
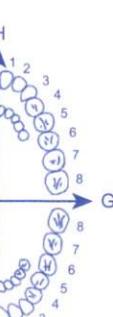
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. ROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r r} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins	
			Date du devis	
			Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)

CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre

V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin

VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin

VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade

VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié

PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie

K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence

SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme

AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute

AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière

AP = Actes pratiqués par un orthophoniste

AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste

R-Z = Electro - Radiologie

B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0388067

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
 Matricule : Fonction : Poste :
 Adresse :
 Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TAICH Hieu, Age 01/01/414
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 11 NOV. 2021
 Nature de la maladie : Hie Systémique
 S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances
 A Casablanca, le 11 NOV. 2021
 Durée d'utilisation 3 mois

Docteur Mostafa BENMIMOUN
27, Rue M. Abu Madi, 10052 Casablanca
Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION
 Matricule N° : 388067
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé
 Nombre de pièces jointes :
 MUPRAS



Réf. imp. 3022

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
11 NOV. 2021	GS	2	1350,00	Docteur Mostapha MEDECIN 27, Rue Ilyas Aloui, Casablanca, Tél. 0524 82 28 82 091168298

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
ZEMMAMA venue du Paare - Nadia Taghazout - Casablanca 05 22 29 35 64	11-11-11	605,10 605,10 605,10 605,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

7 7 7

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MÉDICAL SPÉCIALISÉ



Dr. Mostafa BENMIMOUN
Médecine Interne

Diplômé de l'Université Pierre & Marie Curie
Faculté de Médecine Saint-Antoine-Paris

الدكتور مصطفى بنميمون
الطب الباطني

خريج جامعة بيار و ماري كوري
كلية الطب سانت-أنطوان -باريس

الطب الباطني - الأمراض المجرية - الأمراض العضام والمفاصل - أمراض الشرابين

Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire

095 166298

Casablanca le, 11 NOV. 2022

51.10

Plaqueur 200

1 — 0 — 0 sans arêt

13.00
x3

Colchicin 1mg
0 — 0 — 1/2cp x 03 mois

245.00

Alflorex
1 gelule / jour.

139.50

Parboxane flora

1 cp le soir après le repas

89.50

Apixol spray

1 bouteille x 30ml/jour

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Casablanca

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Casablanca
Tél : 05 22 29 35 64

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECIN EN SERVIE
27, Rue Ilya Abou Maali - Casablanca
Tél : 05 22 29 82 28
Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C. : 245,00 DH
CE N° : 34757/2019/DMP

33785/01

Carboxane®
Gélules Flora
PPC: 139,50DH
Lot : 01100
A consommer de

Amitriptyline

39,70 D Gouttes le roi au miel

1021947

605,10

Docteur Mostafa BEN MIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilya Abou Madi (Bd B. Roudani)
Casablanca - Tél. 0522 29 82 28
091166290

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Taghazout Casablanca
Tel. 0522 29 35 64

PPV: 39DH80
PER: 07/25
LOT: 2854

Lot 220597
2025/07
PPC: 89,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain setaâ Casablanca
Plaquinil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070