

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 canaux, 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 canaux.

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

Garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° W21-796759

19.2.2019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 190 Société : RAM

Matricule : 190

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHOUAIBI Houssaine

Date de naissance : 01/01/1933

Adresse : 70, rue Regnaguer

Tél. : _____

Total des frais engagés : _____ Dhs

Docteur MOSTATA SENMIMOUN

Cadre réservé au Médecin

MEDECINE INTERNE

27 Rue Ilyia Abou Madi (Bd B. Roudani)

Casablanca - Tél: 0522 29 82 28



091166298

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 JAN 2024

Nom et prénom du malade : TABCHIR Khaddaj Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Alzheimer + Parkinson

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 : 25 JAN 2024

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-796759

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 : 190

Nom de l'adhérent(e) : CHOUAIBI

Total des frais engagés : _____

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
17 JAN 2024	C ₂	C ₂	#350 ⁰⁰	INP : INP: 091166298 Docteur Mostafa BENMIMOUN MEDECINE INTERNE 27, Rue Ilysa Abou Madi (Bd B. Roudani) Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

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 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 : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
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

الطبيب الباطني - الأمراض المجموعية - الأعراض الكبرى - أمراض العظام والمفاصل - أمراض الشرايين
Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndromes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire

الدكتور مصطفى بنميمون

أخصب الباطني

خريج جامعة بيار و ماري كوري

كلية الطب - سانت - أنطوان - باريس

Casablanca le, 17 JAN, 2024

Hu TABCHIR Khaddouj

+ Stimal
2 ampoule le matin

- Cenciflex
1 gelule x 2/jour

- D-cere forte
1 ampoule / mois tous les 2 mois

- Acethio
1 — 0 — 1 x 10, jour

P.P.V :
LOT :
EXP : 37,00

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE

27, Rue Ilyia Abou Madi (Bd. B. Roudani)

Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

051166296

LOT: 0469
PER: 10 2026
PPV: 46.00DH