

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.

M22- 0058448

AS3278

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBOUHIA Mohamed

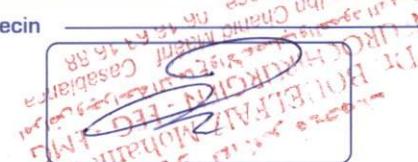
Date de naissance : 30/10/1966

Adresse : A.H

Tél. : 06 61 61 81 83 Total des frais engagés : 300 + 322,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/03/2023

Nom et prénom du malade : M. Ben Bouhia Mohamed Age : 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hernie Cervicale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

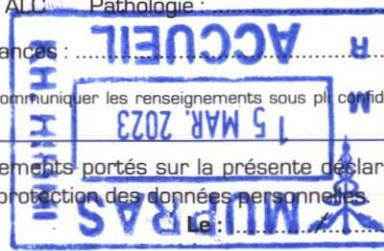
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouetra TAOUDI Coopérative Ach-charaf N°DM2 Hay Inara Haddouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09</p>	07/03/23	382,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUELFAIZ Mohamed
NEUROCHIRURGIEN

Electroencéphalogramme. EEG

Lauréat de la faculté de médecine de casa
Diplômé en neurochirurgie de la faculté de
médecine Paris- 5 -Descartes France



د. محمد بو الفائز

اختصاص امراض وجراحة الدماغ
و الاعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري
جامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

Ordonnance

Le : 07/03/23

M. Benboulaïd Mohamed

87,40

1/ Zenoxig 15 g x 1g | 1g
 $53,15 \times 2 = 106,25$

2/ RelaxoP 8g x 3g | 14j

136,50

87,40

S.V

PPV: 52DH80
PER: 06/24
LOT: L1070-2

S.V

S.V

3/ Alyce 20g x 3g | 20j
52,80

4/ ProgoP 20g g x 1g | 10j

382,90

S.V

PHARMACIE ACHCHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Achcharaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
PER: 01/2025
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833

Lot: 22F094
Exp.: 04.2025
PPV: 136DH50

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
PER: 11/2025
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833

44,Bd, Anoual - Casablanca - Tel: 05 22 21 64 09 | 2 - 696 34 72 60

Email : dr.bouelfaiz.mohamed@gmail.com