

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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.

### Educational :

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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056152

84 308

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9124

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Grans Bachim

Date de naissance : 29.07.1968

Adresse : LOT ESSALAM 1GH 3MM 2 AP

206 CALFA

Tél. : 0662775608

Total des frais engagés

1983,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/9/2021

Nom et prénom du malade : Cepha P.

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Cepha P.

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

DR. BOUCHER MOHAMED  
NEUROCHIRURGIEN - EEG-EMG  
25, P. Ibn Chadi Maâri, Casablanca  
Tél : 05 16 83 16 88

MUPRAS  
ACCUEIL  
15 SEP 2021



# 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
14.09.21	G		-300	Dr. BOUELFRAÏZ - EB NEUROCHIRURGIEN - Casablanca Pue Ibn Chadd Maâm Tél : 05 22 93 16 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dar Assalam 22 Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31	14.09.21	561,00
Pharmacie ALBERT premier Casablanca Tél : 05 22 44 51 75	14.09.21	1122,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

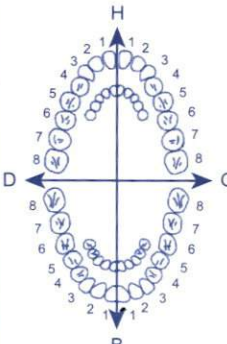
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

إختصاصي أمراض وجراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء  
دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري  
بجامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

## Ordonnance

Le: 14. 9. 2022

M. Gana brahin :

561.00

1/

Keppur

500

561.00 x 2 = 1122.00

نسبة 1/2



Peel-off label (vignette)

Peel-off label (vignette)

Peel-off label (vignette)

