

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.

Diagnostique 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

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.

MUPRAS : Centre 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° P19- 044918

ND: 52050

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8571 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALI HILMI HASSAN

Date de naissance : 29.07.68

Adresse : 12 RUE BRAHIM MAHINI OPTICASA
MARRAKECH

Tél : 0663565364 Total des frais engagés : 611,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2020

Nom et prénom du malade : ALI HILMI HASSAN Age : 52

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

Nature de la maladie : Céphalée

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/11/2020

(Signature)

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
30.11.2020		4	-250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.11.20	298,20

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	
	5/12/2020					66,00dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

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: 30-11-2020

M. Al Hilali Rousm.

87,40

1/ - Aloxiq 150 cp x 1. 112

2/ - Relaxop cp x 8. 115

53,10

x2

13,20

3/ -

Inougen gel x 3/5

144,50

4/ - Ezium 2mg x 1. 112

5

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARLAU
108, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tel: 0522.25.31.42

298,20



د. بو الفائز محمد
Dr. BOUELFAIZ Mohamed
NEUROCHIRURGIEN EEG - EMG
أمراض وجراحة الدماغ والأعصاب
Casablanca
NG 16 62 16 88

Adresse : 25, Rue Ibn Chahid (Extension Bd soumaya) en face du resto luigi palmier Maârif - Casablanca -

Tél : +212 522 253605 - Mob : + 212 696 347260 - Email : dr.bouelfaiz.mohamed@gmail.com

87140

PPV: 144DH50
PER: 02/22
LOT: J700-1



INDICATIONS : ANALGESIE
Douleurs rhumatismales - Douleurs du lumbago
et du torticolis - Douleurs d'origine musculaire
ligamentaire - Massages sportifs.

MODE D'EMPLOI :

Onctions légères de la zone douloureuse.
A répéter plusieurs fois par jour si nécessaire.
A.M.M. N° : 265
P.P.V. : 13,20 DH

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V. : 53DH10
LOT : 20E015
PER: 03 2023



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V. : 53DH10
LOT : 20E012
PER: 12 2022



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 الفاز

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 : 30 / 11 / 2020 .

M. AL Hilali Hassan

1/ Echarpe bras . Lt .

66,00dh

SABEM
RECEPTION
20, Rue Al Ghdaia Maârif
Casablanca
Tél.: 05 22 23 78 78
Dr. BOUELFAIZ Mohamed
NEUROCHIRURGIEN
35, Rue Ibn Chahid Maârif Casablanca
Tél. 05 22 23 78 78

S A B E M

20, Rue Al Ghaufa Mâarif Casablanca

Tél: 0522 98.42.76/98.42.95 CASABLANCA

Patente: 35800467 IF: 1004077 RC: 95493

ICE: 000231022000088

Ticket N°: 200123410 05/12/2020 11:30:47

Client: CLIENT SHOW LATIFA'S

ESPE

CE

=====

Qté!	Désignation	! P.U	! Total
------	-------------	-------	---------

=====

1	GELENKE ECHARP BRAS B	66.00	66.00
---	-----------------------	-------	-------

DONT TVA:	11.00	TOTAL :	66.00
-----------	-------	---------	-------

1 = 7% =	0.00	VERSS. :	100.00
----------	------	----------	--------

2 = 20% =	11.00	RENDU :	34.00
-----------	-------	---------	-------

Merci de Votre Visite

I.F N°:1004077 - PATENTE N° :35800467 - C.N.S.S N° :6009684 - R.C N° : 95493 - ICE N°: 000231022000088

Page: 1

AL HILALI HASSAN

Tel: 22 22

: Ice:

Facture N° : 200123410
Date : 05/12/2020

SABEM
RECEPTION
20, Rue Al Ghdafa Maârif
Casablanca
Tél.: 05 22 98 42 76

DONT TVA: 7 %: 0.00

DONT TVA: 20 % 11.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
SOIXANTE SIX Dirhams 00 Centimes