

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-709312

160063 ✓

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 11012                           | Société : RAN                         |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : YAHIAINE HASSNAE BOUATIF     |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 11013                   |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : 16, LOT la faculté, HASSNAE, SALE |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0613575327                           | Total des frais engagés : Dhs         |                                  |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Dr. RAHIMANI Mounia<br>Professeur en Neurologie<br>Service de Neurologie A<br>Hôpital des Spécialités - Rabat<br>Tél : 01071553                                   |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation : 20/2/23  | Age : 29   |  |  |
| Nom et prénom du malade : Abdellatif  | Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |  |  |
| Nature de la maladie : Céphalées chroniques   |  |  |  |
| 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 : 20/2/23

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/04/23        | 1                 | C                     | 350000                          | INP : 100071553<br>Dr RAHMANI Mounia<br>Professeur en Neurologie<br>Service de Neurologie A<br>CHU Hassan II Casablanca |

## EXECUTION DES ORDONNANCES 101071553

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACEUTIQUE ANDALOUS<br>121, A. Mohamed V - B.P. 5447<br>Tél. : 05 37 75 51 75 - 05 37 75 94 67 | 25/12/23 | 79,60                 |

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|---|--|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|
|   |  |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br><br>DÉBUT D'EXÉCUTION<br><input type="text"/><br><br>FIN D'EXÉCUTION<br><input type="text"/> |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
| O.D.F<br>PROTHÈSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS<br><input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXÉCUTION<br><input type="text"/> |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | <b>H</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> |                  |             |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> |  | B |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | <hr/>  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | D  | G                |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | <hr/>  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   | B  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             |  |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |



Centre National de Réhabilitation et de Neurosciences

المجلس الوطني للتراث والعلوم العصبية



- .Unité de radiochirurgie  
Gamma knife I.Con
  - .Unité de Neuroradiologie  
Interventionnelle
  - .Unité d'Hospitalisation  
(Neurochirurgie, Neurologie  
Ophtalmologie, ORL)
  - .Unité de Médecine physique  
et de Réhabilitation
  - .Unité d'Imagerie
    - IRM
    - Scanner
    - Angiographie
  - .Unité des Blocs Opératoires
  - .Unité de Réanimation et  
Soins Intensifs
  - .Laboratoire de Biologie
  - .Laboratoire de Neuropathologie
  - .Unité d'Explorations  
Fonctionnelles  
oto-neuro-ophtalmologiques
  
  - .Consultations**
    - .Neurochirurgie
    - .Neurologie
    - .Médecine physique
    - .Ophtalmologie
    - .ORL
    - .Anesthésie
    - .Médecine interne
    - .Endocrinologie
    - .Neuroradiologie
    - .Neurophysiologie

~~Dr. RAMNAKH  
Professeur en Neurologie  
Service de Neurologie A  
Hôpital des Spécialités - Rabat  
N°CE : 101071553~~

## Rabat

20.12.23

Mme Yamane  
Anatif

$$\frac{139.80 \times 2}{1} = 49,60$$

50 ft at 20 h x 5

This is for x 5j

April 15 ~~98~~ x 58

June 20 1944 x 58

June 25 AM

ABAT  
94 07 April 2) Loroxyl 40

1 up min

the 2nd mon

المركز الوطني للترويج والعلوم العصبية - مستشفى الاختصاصات م صن ج ابن سينا ص - ب : 6444 الرباط - معاهد  
الهاتف: 77 59 66 (212 - 537) الفاكس: 77 59 15 / 19 (212 - 537)

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O. C.H.U de RABAT - INSTITUTS IF : 40168050

Tél. : (212-537) 77 59 66 - Fax : (212-537) 77 59 15 / 19 - Email : fh2nch@neurochirurgie - site Web : [www.Neurochirurgie.ma](http://www.Neurochirurgie.ma)

ICE : 00180418000059

# Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH80  
PER: 03/25  
LOT: L1162

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

b

Fabriqué par bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

5. Bachouche Pharmacien Responsable

100161  
02/15

# FONDATION HASSAN II PLCMSN

Centre National de Réhabilitation & Neuroscies

## F A C T U R E

Date : 20/02/2023

100007079

Numéro : 2 125

Nom patient : YAMOUNE AOUATIF

Médecin : PR. RAHMANI  
NEUROLOGUE

220216081156FA-004

PAYANT

|                         | Montant |
|-------------------------|---------|
| CONSULTATION NEUROLOGUE | 350,00  |

Total 350,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS



Mr. EL FOUAD AL EHRAF  
REGISSEUR SUPPLEANT