

# 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.

**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

M22- 0057713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 358 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rehaite  
 Nom & Prénom : DELFI-DRISS  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : 98, lotissement BOUCHRA - Sidi Maarouf Casablanca  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Micham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
NMG - EEG  
Tél: 06 61 11 3311 - 091033391

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : affaiblissement

Affection longue durée ou chronique ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Goutte

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Professeur Micham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
NMG - EEG  
Tél: 06 61 11 3311 - 091033391

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/05/1993      | CS                | 300DH                 |                                 | Prof. Mohamed Lotmani<br>Explorations Neurophysiologiques<br>NEUROLOGIE - EEG<br>ENMG - EEG<br>Tél: 06 67 17 33 11 - INP : 091032391 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| صيدلية حي بشار<br>Pharmacie HAY BOUCHRA<br>Dr. Nisrine BOUDEGGA<br>4, Lotissement Bouchra Sidi Maarouf<br>Casablanca - Tél : 05 22 58 19 49 | 23/05/23 | 693,00                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

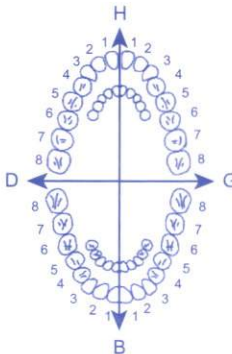
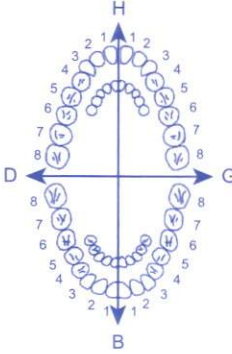
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins     | Coefficient                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|--|--|----------------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|   |  |                      |  | 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                      |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | D  | G                    |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | B  |                      |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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

Dr Hicham EL OTMANI  
Neurologue  
Professeur de l'enseignement supérieur

Électroneuromyographie (EMG)  
Électroencéphalographie (EEG)  
Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs  
Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)  
Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris  
Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale  
profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)  
Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

الدكتور هشام العثماني  
إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للرعاش  
المجهودات المثارة

23/05/2023

Casablanca le

Mr DELFI Driss

231,00x3  
EBIXA 10 mg Cpr pell Plq/56

1 Comprimé le matin

693,00  
TROIS MOIS

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP : 091032391

صيدلية حني بقرني  
Pharmacie HAYBOUCHRA  
Dr. Nisrine BACHAGGA  
44, Lotissement Bouchra  
Sidi Maarout - Casablanca  
Tél : 05 22 58 19 49

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 10MG B28 CP PELL  
P.P.V : 231,00 DH

6 118001 184859

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 10MG B28 CP PELL  
P.P.V : 231,00 DH

6 118001 184859

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
EBIXA 10MG B28 CP PELL  
P.P.V : 231,00 DH

6 118001 184859