

RÉCOMMANDATIONS 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, parodontologie 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 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° W19-556295

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11013 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAMOUNE AOUATIF
 Date de naissance : 12/06/1978
 Adresse : 16 LOT LAFACULTE, HSSAIN SALA
 ALTADIDA
 Tél. : 0613575377 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.02.22
 Nom et prénom du malade : YAMOUNE AOUATIF Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Mignonne
 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 : RABAT

Le : 16/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
15.02.22			G	INP : 160222

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.02.22	J.M. a.k.h.	3000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ouafa Mouti

Ex Professeur A. au CHU
Avicenne de Rabat

Spécialiste en Neurologie
EEG - EMG - EEG Vidéo



الدكتورة مطيع وفاء

أستاذة مساعدة بكلية الطب سابقا
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب

INPE : 101107654

Rabat, le 15 Février 2022

Demande pour Mme YAMOUNE Aouatif

faire IRM cerebrale

migraine avec aura

crise avec hypertonie du MSD avec aphasie et asymétrie faciale

MAV? meningiome?

P. F. Idjene

16/02/22

Fondation Hassan II

Dr. Mouti Ouafa
Neurologue
61 bis Rue Oukaimden, Agdal-Rabat
05 37 77 27 37



101107654

Date : 16-02-22

Nom & Prénom : YAMOUNE AOUATIF
Age :
Service :
Référence :
Médecin :

IRM CEREBRALE.

Indication :

- Migraine avec aura.
- Crise avec hypertonie du MSD, aphasie et asymétrie faciale. MAV ? Méningiome ?

Technique d'examen :

Protocol C

Résultats :

A L'étage sous-tentorial :

- Absence d'anomalie morphologique ou de signal significative au niveau du tronc cérébral et du cervelet.
- Le 4^{ème} ventricule est de morphologie, de taille et de situation normale.
- Les citernes du tronc cérébral sont bien dessinées.
- La charnière cervico-occipitale est normale

A l'étage sus-tentorial

- Absence d'anomalie hémisphérique.
- Le cortex cérébral est d'aspect normal.
- La substance blanche ne présente pas d'anomalie.
- Les noyaux gris centraux sont bien individualisés et ne présentent pas d'anomalie.
- Les lobes temporaux et les formations hippocampiques sont normaux.
- Les structures ventriculo-cisternales sont normales.

Conclusion :

- **IRM cérébrale sans particularité.**

Pr. JIDDANE

Pr. M. JIDDANE
Chef de Service Neurologie
Responsable Neurologie
Fondation Hassan II

FONDATION HASSAN II PLCMSN

FACTURE

Date : 16/02/2022

100007079

Numéro : 1 872

Nom patient : YAMOUNE AOUATIF

Médecin : PR. JIDDANE / IRM
NEURORADIOLOGUE

220216081156FA-001

PAYANT

	Montant
IRM CEREBRALE	3 000,00

Total 3 000,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS MILLE DIRHAMS



Mr. EL FOUDALI ACHRAE

REGISSEUR SUPPLEANT