

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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 caractére personnel.

**UPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

**Déclaration de Maladie**

N° M20- 0007071

MUPRAS  
RECEPTION 110958

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : RIAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraite

Nom & Prénom : ENNAASSIME ABDELLATIF

Date de naissance : 03/10/49

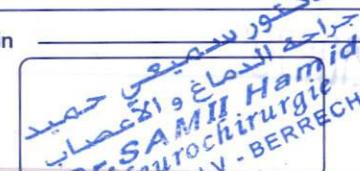
Adresse : 17AY WAFA lot- 712 Derouaz

Tel. 0693499861 Total des frais engagés : 318.148,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/2022

Nom et prénom du malade : AMMAR KHAOOUJ Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : S. d. s. d. s.

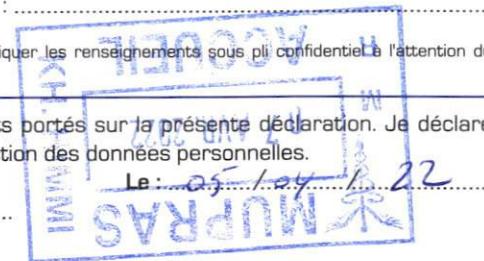
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DÉROUZ

Signature de l'adhérent(e) : Euf



## 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
28/03/2022	C 1 2		2000H	
	EEG K 20		400 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/22	184120 DH

INPE: 062108709

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
25533412	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

MONTANTS DES SOINS	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

DATE DU DEVIS	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

DATE DE L'EXECUTION	 <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur SAMII HAMID**

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébrale

Ex.Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



**الدكتور سميسي حميد**

إخلاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le

12.3.2022

برشيد، في



061171765

**ORDONNANCE**

23,60

1



ANAN

KADOUR

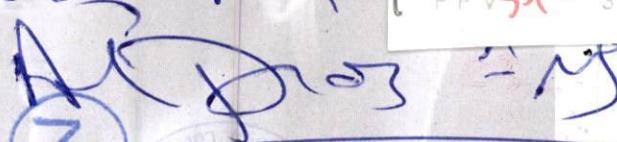
124,90



23,60

35,70

3



LOT	211998
EXP.	024
PPV	25.30
	35.70

184,2000

gras

الدكتور سميسي حميد  
جراحة الدماغ والأعصاب  
Dr. SAMII Hamid  
Dr. Neurochirurgie  
47, Bd. Med V - BERRECHID

لباقي طلاق الاول  
06 34 27 24  
mr.samii.hamid

124,90

Bd Mohamed V Berrechid - 47 dirur essafi 1<sup>er</sup> étage

Tél.: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com



# **Docteur SAMII HAMID**

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébrale

Ex.Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



**الدكتور سميسي حميد**

اختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le

28/3/2022

برشيد, في

~~ORDONNANCE~~

AMMARI

KHAADDOUJ



06171765

C<sub>2</sub> ≠ 200 DH ≠

EEG<sub>12</sub> ≠ 400 DH ≠

TOTAL ≠ 600 DH

≠ Six CENT DH ≠



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE

DR SAMII HAMID

## COMPTE RENDU D ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

Nom: AMMAR

Prénom : KHADDOUJ

Age: 70 ANS

### INTERPRETATION

Le trace exprime un rythme de fond alpha à 8 sec postérieur et bilatéral.

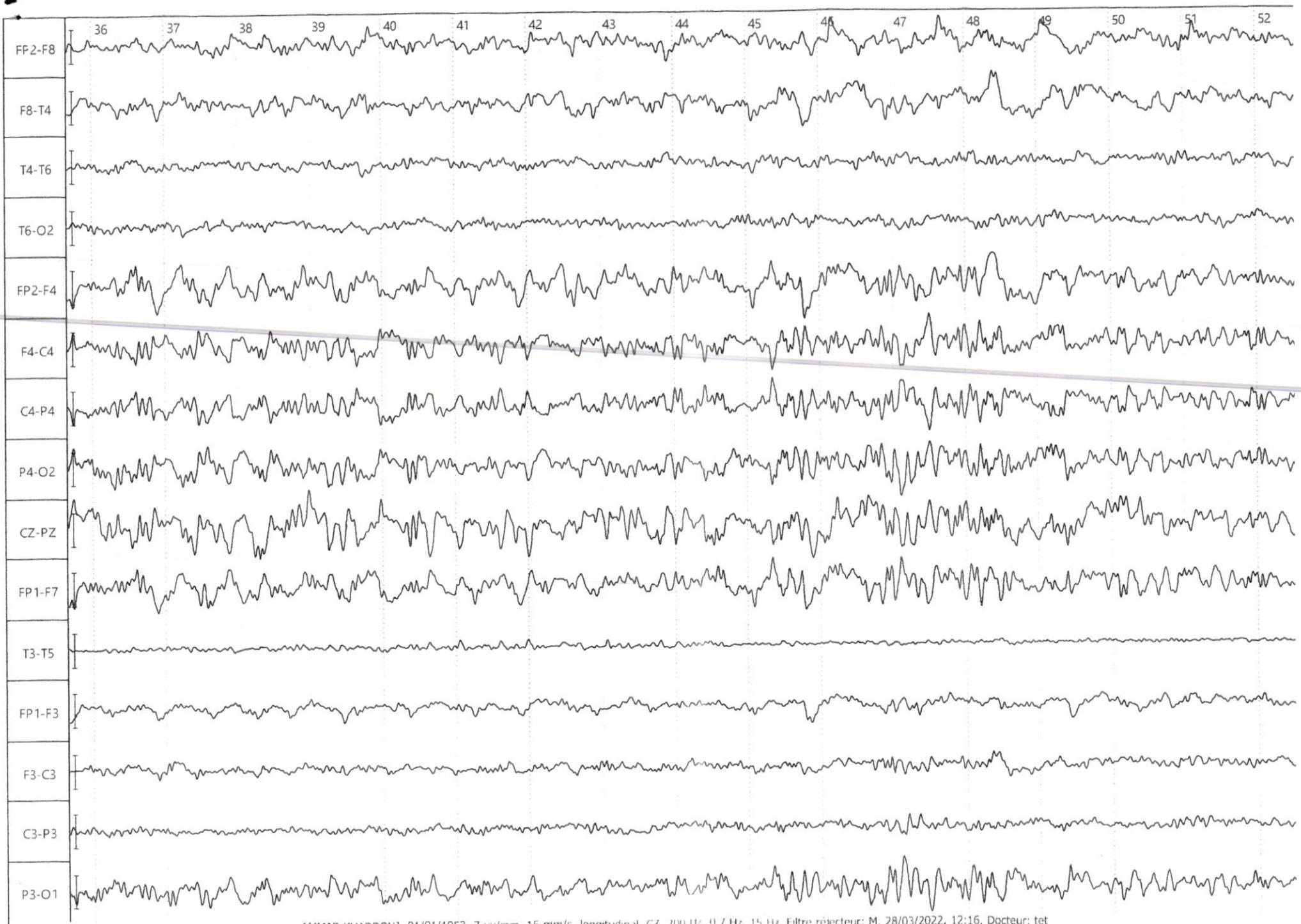
Absence de graph éléments paroxystiques temporo-frontal prédominant à Gauche

Le sil ne modifie pas le trace

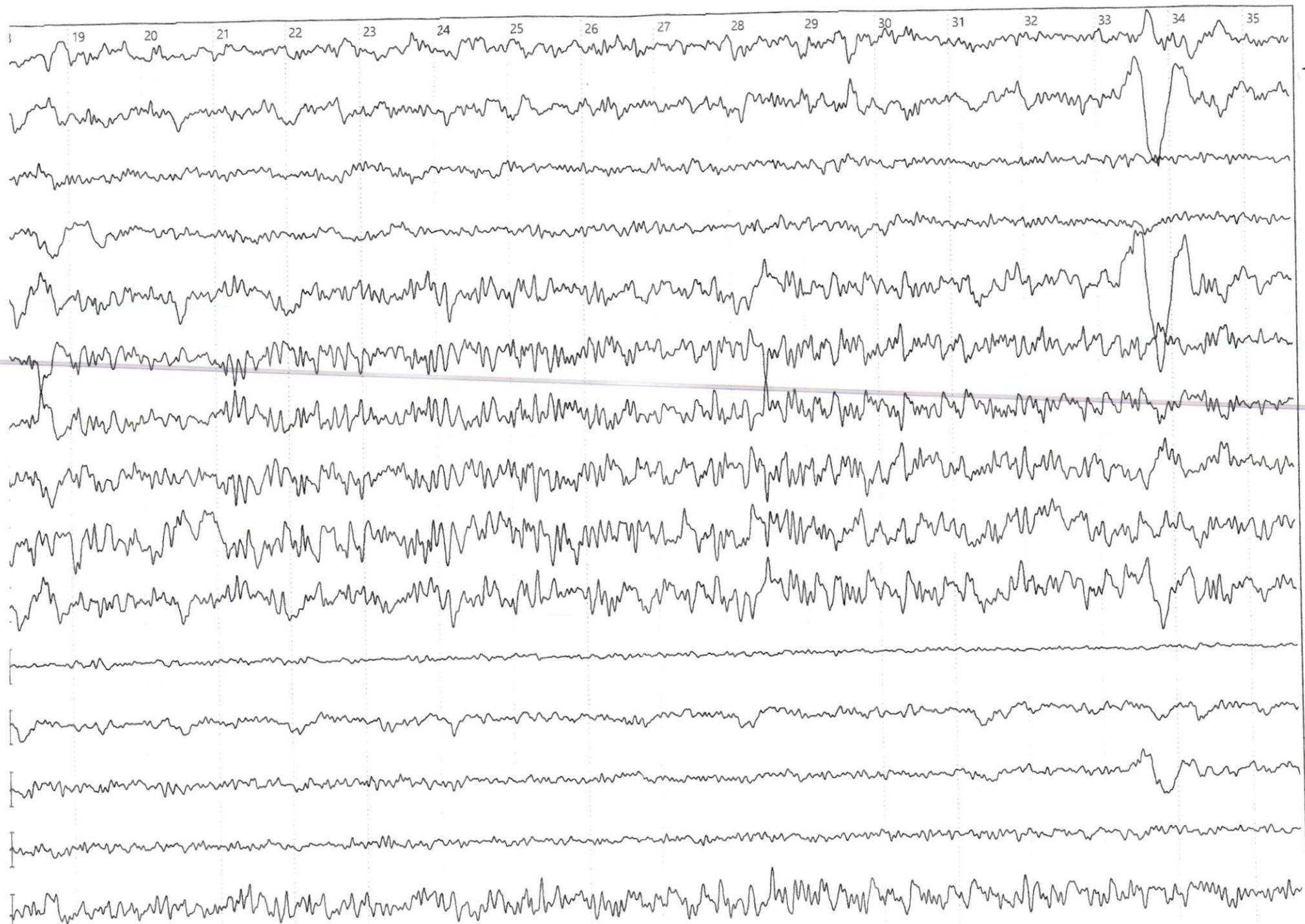
### CONCLUSION

TRACE EEG NORMAL.

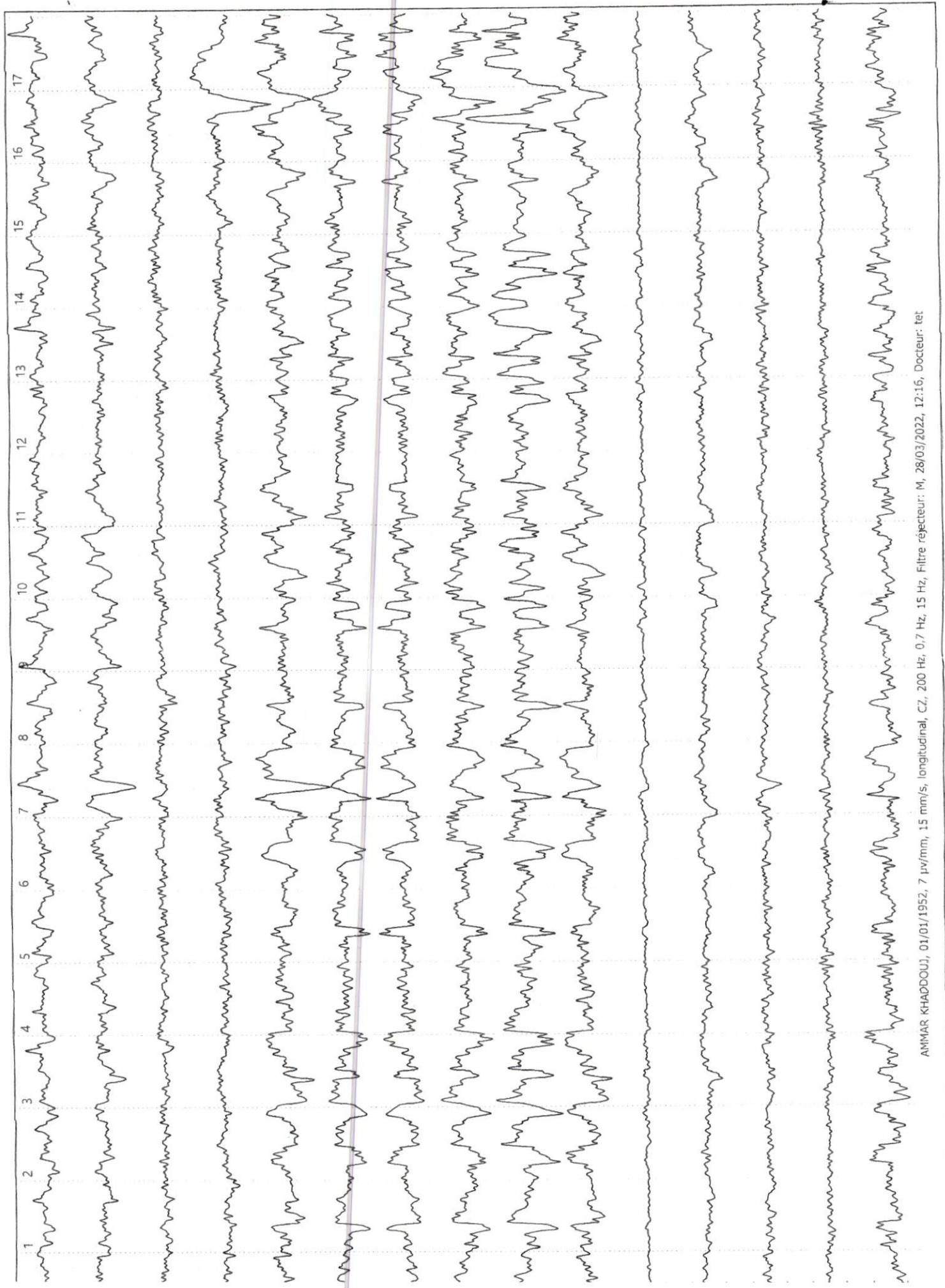




AMMAR KHADDOUJ, 01/01/1952, 7  $\mu$ V/mm, 15 mm/s, longitudinal, CZ, 200 Hz, 0.7 Hz, 15 Hz, Filtre réjecteur: M, 28/03/2022, 12:16, Docteur: tet



AMMAR KHADDOUJ, 01/01/1952, 7  $\mu$ V/mm, 15 mm/s, longitudinal, CZ, 200 Hz, 0,7 Hz, 15 Hz, Filtre réjecteur: M, 28/03/2022, 12:16, Docteur: tet



AMMAR KHADDOUJ, 01/01/1952, 7  $\mu$ V/mm, 15 mm/s, longitudinal, CZ, 200 Hz, 0,7 Hz, 15 Hz, Filtre rejetteur: M, 28/03/2022, 12:16, Docteur: tet

دكتور سامي حميد  
خبير في جراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
حاصل على شهادة ابن سينا الرباط  
حاصل على شهادة مرسيليا فرنسا



Docteur SAMII HAMID  
Spécialiste de Neurochirurgie  
Spécialiste des maladies  
Du Cerveau et de la colonne vertébrale  
Ex Attaché C.H.U Avicenne Rabat  
Ex Attaché C.H.U Timone Marseille

ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE  
ELECTRONEUROMYOGRAPHIE

التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

E.N.M.G - E.E.G

Nom : ..... AMMAR .....  
Prénom : ..... KHADDOUJ .....