

## 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 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.

### 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

N° W21-762236

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chefchaoui Mouna Med

Date de naissance : 30-03-1947

Adresse : 37 Avenue Addal 5 Hay Riad Rabat

Tél. : 0661372142 Total des frais engagés : 5012000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2023

Nom et prénom du malade : Chefchaoui Mouna Med Age :

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

Nature de la maladie : Troubles de la mémoire et de l'attention

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 : 09/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Chefchaoui

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-762236

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3529

Nom de l'adhérent(e) : Chefchaoui Mouna Med

Total des frais engagés : 5012000

Date de dépôt : 10/11/2023



| 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 |
| 08/11/23                       |                   | C                     | Dr. RABAH MASSI<br>Professeur en Neurologie<br>Service de Neurologie<br>Hôpital | INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br>                          |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                    |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur    | Date     | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie SAF</p> <p>INPE : 102051620</p> | 10/02/23 | 924.00                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

[illegible]

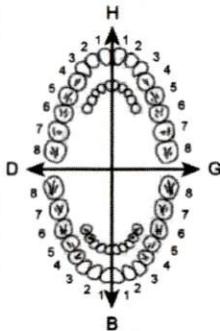
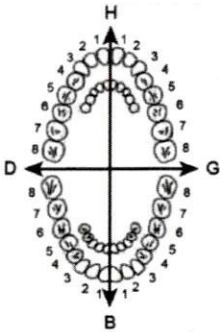
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|--|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|   |  |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <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>D</th> <th>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 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                   |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             | 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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**





FONDATION HASSAN II POUR LA PRÉVENTION ET LA  
LUTTE CONTRE LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX  
FONDATION UTILITÉ PUBLIQUE

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



Centre National de Réhabilitation  
رئيس و العلوم العصبية

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



- 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

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



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



Rabat, le 09/11/23

NR Chef de service  
Neurologie

231.00 1248 13012 1840  
x 1 17/10/23  
Elmixa 10 mg

1/2 cp par x 1 mois  
1 cp x 03 mois  
1:924.00

Pharmacie Safia  
Sanaa EL GHARBI  
Ep. KADIRI  
Hay Riad - Rabat  
Tél: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 29

Dr. KAHMANI Mounia  
Professeur en Neurologie  
Service de Neurologie  
Hôpital des Spécialités - Rabat  
INPE : 101071553

المركز الوطني للدراسات و العلوم العصبية - مستشفى التخصصات م ص ج ابن سينا ص - ب: 6444 الرباط - معاهد

الهاتف : 66 77 59 15 / 19 (212-537) الفاكس : 15 77 59 15 (212-537)

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O. C.H.U de Rabat - Salé B.P : 6444 RABAT - Instituts If : 40168050

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

ICF: 001804108000059