

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



Déclaration de Maladie

M22- 054795

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 158970
 Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI Rafik
 Date de naissance : 27/08/139
 Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique - Ain Diab
 Tél. : 0645315315 Total des frais engagés : 1000 Euros

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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

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 : Casablanca Le 21 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 054795

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. 22/03/2023

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1157
 Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik
 Total des frais engagés : 1000 Euros
 Date de dépôt :

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

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
Oblscopie Totale + Endoscopie gastroscopique			1000. Euros

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

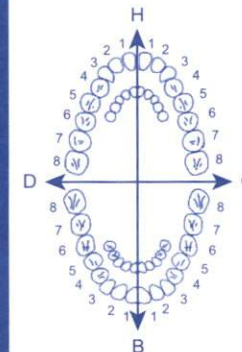
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

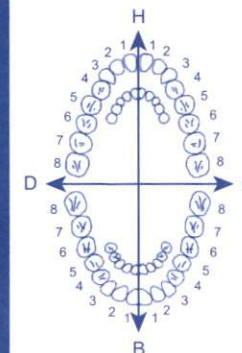
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date

22.02.2023

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

07.08.1939

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR RAHMI GABRIEL

08 GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

CONVENTIONNE HONORAIRES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

20 RUE LEBLANC

75015 PARIS

=> 75 1 94927 2 00 3 31 0 08 n°AM

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A A

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**")
et les recommandations importantes)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

Médecin traitant + Cardiologue

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
22.2.23	HMDE005	1			400,00				
22.2.23	HEDE002	2			300,00				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

1000,00

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

Hôpital Européen Georges Pompidou
Service Hépatogastroentérologie et Endoscopies

Pr Gabriel RAHMI

Tel. 01 56 09 24 11

N° RPPS : 10003987194

N° FINESSE : 750 803 447

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de faux en matière de prestations de soins ou de prestations financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :**

- **si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- **si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e)**, écrivez :
 - votre numéro d'immatriculation,
 - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre date de naissance,
 - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'immatriculation,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne** : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme d'assurance maladie** : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1"**, la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

Pr. Gabriel RAHMI

gabriel.rahmi@aphp.fr

Conventionné honoraires libres

Hôpital européen Georges Pompidou

20 rue Leblanc 75015 Paris

Secrétariat : 01 56 09 24 11 - sandrine.perian@aphp.fr

Note d'honoraires

Monsieur HAMAYED Rafik

Acte	Tarif pratiqué
Acte 1 : Coloscopie totale - HHQE005	700 €
Acte 2 : Endoscopie oeso-gastro-duodénale HEQE002	300 €
Total	1 000 €

Facture d'un montant de 1 000 € acquittée par Monsieur HAMAYED Rafik

Adresse postale :

Numéro Sécurité Sociale :

Numéro d'adhérent mutuelle :

Fait à Paris, le 22 février 2023

Professeur Gabriel RAHMI

Hôpital Européen Georges Pompidou
Service Hépato-gastroentérologie et Endoscopies
Pr Gabriel RAHMI
Tel. 01 56 09 24 11
N° RPPS : 10003987194
N° FINESS : 750 803 447



ENDOSCOPIES & EXPLORATIONS FONCTIONNELLES DIGESTIVES

Pr. C. CELLIER

Nom : **HAMAYED EL MILI**
Prénom : **RAFIK**
Date de naissance : **07/08/1939**
IPP : **8012611330**

Anesthésiste : **Dr Amar GOULAMHOUSSEN**
Opérateur : **Pr RAHMI Gabriel**

Signature :

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION DE JOUR

COMPTE-RENDU DE GASTROSCOPIE ET COLOSCOPIE

Examen réalisé en Hospitalisation de jour

Date de l'examen : 22/02/2023

DESTINATAIRES :

Professeur Emmanuel MESSAS

Service de Médecine Vasculaire HEGP

Mr HAMAYED EL MILI Rafik 84 rue de Charonne 75011 PARIS 11 FRANCE

TECHNIQUE : Appareil désinfecté selon les normes des circulaires DHOS de novembre 2003 et décembre 2003, par machine automatique (Olympus – ETD4 – APA), conforme à l'instruction du 1^{er} décembre 2011 et conforme au guide pour l'utilisation des laveurs désinfecteurs. Accessoires à usage unique. Pas de facteur de risque identifié d'encéphalopathie spongiforme

Appareil : GIF-1TH190/2731626_400
CF-H190I/2842666_503

Technique d'anesthésie : Générale Geste réalisé en : Décubitus dorsal

Examen réalisé en urgence : Non Examen réalisé sous : CO2

COMPTE-RENDU : GASTROSCOPIE

MOTIF DE LA DEMANDE : Epigastralgies atypiques

Progression jusqu'à : D2

RESULTAT :

OESOPHAGE : Normal

CARDIA : Normal

ESTOMAC : Aspect de gastrite atrophique diffuse.

BULBE : Normal

DUODENUM : Normal

CONCLUSION de l'examen de Mr HAMAYED EL MILI RAFIK

Aspect de gastrite atrophique diffuse sans lésion suspecte (analyse NBI et zoom).

COMPTE-RENDU : COLOSCOPIE

MOTIF DE LA DEMANDE : Epaissement sigmoïdien sur le scanner abdominal.

Préparation : Izinova

Qualité de la préparation : Score de Boston =1+2+2

Progression jusqu'à : Iléon

RESULTAT :

ILEON : Normal

CAECUM : Deux diverticules non compliqués.

COLON DROIT : Normal

COLON TRANSVERSE : Normal

COLON GAUCHE : Normal

COLON SIGMOÏDE : Nombreux diverticules non compliqués.

RECTUM : Normal

CONCLUSION de l'examen de Mr HAMAYED EL MILI RAFIK

Diverticulose colique gauche de droite non compliquée ce jour. Sous réserve d'une préparation insuffisante (score de Boston : 5).

RDV de consultation à prévoir et délai : Pr Rahmi

CODAGE DES ACTES CCAM :

HGQD0020- explo. lumière grêle vidéocapsule ingérée

HHQE0050- colo. tot. +bas-fond cæcal sans franchisst iléocolique

ZZLP0250- AG/LR cplmtaire niveau 1

Pour tous les prélèvements et biopsies effectués :

Les résultats vous seront communiqués lors de votre consultation de suivi par votre Gastro entérologue de l'HEGP.

Si vous avez des questions, merci de nous contacter :

Soit par Mail : secretariat.endoscopie.egp@aphp.fr

Soit par Fax : 01.56.09.34.56

PS : Les données administratives, sociales et médicales de votre dossier hospitalier sont utiles pour la recherche médicale. L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris - AP-HP a créé une base de données qui regroupe les données de tous les patients soignés dans ses hôpitaux afin de mener des recherches en santé et piloter l'activité hospitalière. Ceci vous permet de contribuer au progrès médical. Pour en savoir plus sur les projets de recherche, les partenariats envisagés, et les modalités d'exercice de vos droits, vous pouvez consulter le portail d'information de l'Entrepôt de données à l'adresse "<http://recherche.aphp.fr/eds>".

Vous pouvez vous opposer à l'utilisation pour la recherche des données de votre dossier ou celle de votre enfant, sans vous justifier, en vous adressant au directeur de l'hôpital où vous (ou votre enfant) avez été soignés, ou en remplissant le formulaire d'opposition électronique disponible à l'adresse "<http://recherche.aphp.fr/eds/droit-opposition>".

Patient

ID patient	8012611330
Nom	HAMAYED EL MILI
Prénom	RAFIK
Deuxième prénom	
Titre	
Date de naissance	07/08/1939
Sexe	Masculin
ID cas	752317798

Procédure

Chirurgien opérateur	Pr RAHMI
Spécialité clinique	
Nom de la procédure	GASTROSCOPIE ET COLOSCOPIE AVEC AG.
Région anatomique	
Latéralité	
Date du traitement	22/02/2023
Heure de début du traitement	09:12:16

Photo

Matériel enregistré

Photos	13
Vidéos	0
Audio	0



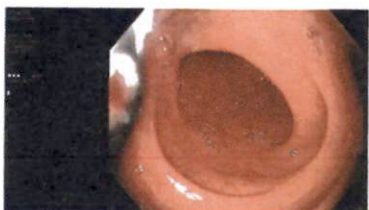
22/02/2023 09:23:10



22/02/2023 09:23:10



22/02/2023 09:23:13



22/02/2023 09:25:03



22/02/2023 09:25:20



22/02/2023 09:28:19



22/02/2023 09:28:23



22/02/2023 09:38:38



22/02/2023 09:38:52

Nom	HAMAYED EL MILI
Prénom	RAFIK
Deuxième prénom	
Titre	
Date de naissance	07/08/1939
Sexe	Masculin
ID patient	8012611330

Spécialité clinique	GASTROSCOPIE ET COLOSCOPIE
Nom de la procédure	
Région anatomique	

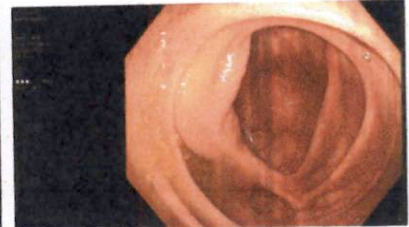
Chirurgien opérateur	Pr RAHMI
----------------------	----------



22/02/2023 09:40:34



22/02/2023 09:40:55



22/02/2023 09:41:03



22/02/2023 09:43:33

Professeur Gabriel RAHMI

Diplôme d'État de docteur en médecine

D.E.S. Hépatogastro-entérologie

Doctorat en sciences - Faculté de médecine de Paris-Descartes

D.I.U. Endoscopie digestive interventionnelle

D.E.S.C. Cancérologie

Habilitation à diriger des recherches

H.E.G.P Service d'Hépatogastro-Entérologie – Endoscopies - 20 rue Leblanc 75015 Paris

Secrétariat : 01.56.09.24.11

Professeur Emmanuel MESSAS

Service de Médecine Vasculaire

HEGP

Paris, le mardi 7 février 2023

Cher Emmanuel,

Je te remercie de m'avoir adressé en consultation, **Monsieur Rafik HAMAYED EL MILI**, né le 07/08/1939, âgé de 83 ans, pour la réalisation d'un bilan endoscopique.

Ce patient a eu une cure d'anévrisme de l'aorte abdominale et une valvuloplastie aortique. Le scanner abdominal a montré un épaississement du sigmoïde.

Le patient se plaint de ballonnements avec des douleurs d'étiologie inexpliquées. Son poids est stable.

Je propose de réaliser un bilan endoscopique comprenant une gastroscopie et une coloscopie totale sous anesthésie générale.

J'explique au patient, en présence de son épouse, les modalités et les éventuelles complications de ces examens.

Je te remercie pour ta confiance.

Bien amicalement,

Professeur Gabriel RAHMI

Copie adressée :

- Mr RAFIK HAMAYED EL MILI 84 RUE DE CHARONNE 75011 PARIS 11

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom : HAMAYED ELMILI	الاسم العائلي:
Prénom : RAFIK	الاسم الشخصي:
Matricule : 1157	رقم التسجيل:
Numéro de feuille de soins :	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : <i>Dépassement délais suite séjour longue durée à l'étranger (Paris) pour opération lourde cardio vasculaire le cœur ouvert en octobre 2022.</i>	سبب الطلب:
Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur : <ul style="list-style-type: none"> ARTICLE 23.1 (accord préalable) L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ; Les séjours en maison de repos ; Les interventions chirurgicales ; Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ; L'orthopédie ; La rééducation ; Les cures thermales ; La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ; La procréation ; Les lentilles optiques ; Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ; Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ; Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical. 	أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة المادة 23.1. (طلب الموافقة القبليّة) من الواجب على المنخرط طلب الموافقة القبليّة بموجب وصف طبي في الحالات التالية: الاستشفاء في المغرب او خارج المغرب في العيادة، المستشفى او المرافق الصحية الاستشفاء في المنزل لتدخلات الجراحية تركيب وتقويم الاسنان للفكين طب العظام الترويض الطبي العلاج الحراري. علم امراض النطق والامراض النفسية. الانجاب الخدمات البصرية. رعاية المعاقين جسديا وعقليا. التدخلات الطبية المتمثلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل او اكثر في إطار وقت محدد. امراض الاورام، امراض الدم، الصيدلة والامراض المزمنة التعااضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية. المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض) يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض
ARTICLE 25 (feuille de soins maladie) Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.	

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : **02 Mars 2023** في التاريخ

A : **PARIS** في

Signature (lu et approuvé*)

lu et approuvé

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER