

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007062

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Detraite
 Nom & Prénom : ENNASSIME ABDELLATIF
 Date de naissance : 03.10.49
 Adresse : WAZ WAKA lot 712 DEROUA
 Tél. : 069349861 Total des frais engagés : 6000 + 7400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : AMMAR KHADRAS Age: 71

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

Nature de la maladie : Douleur

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 : DEROUA Le : 16/05/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

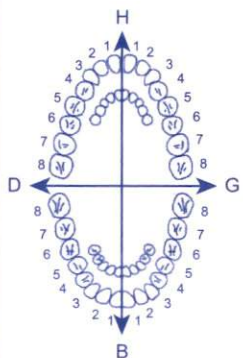
[illegible][illegible][illegible][illegible]

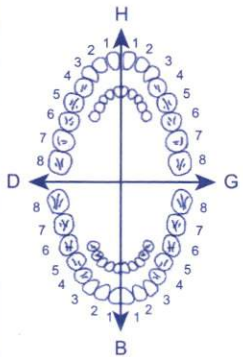
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" 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

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 سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , Le

5.5.2013

برشيد ، في



061171765

ORDONNANCE

ANNA
KHAOOST

Escapology

38170
N° 3744
05/05/23



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

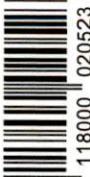
PPV: 38 DH 70
BOTTU S.A.

3517
N° 3745
05/05/23



Alpraz[®] 1 mg
14 comprimés sécables

Remboursement AMO



6 118000 020523

الدكتور سميعي حميد
جراحة الدماغ والعمود الفقري
Dr SAMII HAMID
Neurochirurgie
47. Bd. Med V - BERRECHID

B.d Mohamed V Berrechid - 47 diour essan 1 étage
Tél.: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15
E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com

شارع محمد الخامس برشيد - 47 ديور الصافي طابق الأول
الهاتف: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15
البريد الإلكتروني: mr.samii.hamid@gmail.com

Zental Health

1 - 11 + 12 6

الدكتور سمير حميد
جراحة الدماغ والأعصاب
Dr. SAMI Hamid
Neurochirurgie
47, Bd. MEV - DERRECHID

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 سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , Le

05/05/2023

برشيد ، في



061171765



AMMAR
KHAADOU

$C_2 \neq 2000H \neq$
 $EEG K_{30} \neq 4000H \neq$
 $TOTAL \neq 6000H \neq$
 $\neq Si \times CENT0H \neq$



CABINET DE NEUROCHIRURGIE

DR SAMII HAMID

COMPTE RENDU D ELECTROENCEPHALOGRAPIE

Nom: AMMAR

Prémon : KHADDOUK

Age : 71 ANS

INTERPRETATION

Le trace exprime un rythme de fond alpha à 8- 9 sec postérieur et bilatéral.

Absence de graph éléments paroxystiques.

La SLI ne modifie pas le tracé

CONCLUSION

TRACE EEG NORMAL.

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

