

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0049835

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM-157933
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
 Date de naissance : 26-06-49
 Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 2 N° 6 OULFA CASABLANCA
 Tél. : 066387063 Total des frais engagés : 1451, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SABIRY Sara
 Date de consultation : 01/04/2023
 Nom et prénom du malade : EL MOUSTI Rachid
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Neurologique
 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 : 13 AVR 2023
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
01/04/2023	CS		200,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/2023	51,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/04/23	5 caries cervical 1100	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Dr Sara SABIRY

Neurologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - UHIIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).



الدكتورة سارة الصابري

طبيبة الجهاز العصبي

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وآلام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le : 01/04/2023

EL MOUSTI RACHID

- **Tanganil 500 mg - comprimé**
1 comprimé matin et soir pendant 15 jours

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, Résidence sunnah - Casablanca
2 Mars Angle Modibo Keita - Goulam
Tél: 05 22 82 10 10 - 06 53 45 60 46 - 091258719

Pharmacie TAM
Dr. Benmani Jafar
102, Bd Oued Sebou - Oufia
CASABLANCA
Tél: 05 22 82 10 10



Dr Sara SABIRY

Neurologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - UHIIC
- Diplôme Inter-Universitaire en Migraines et Céphalées - Paris
- Diplôme Universitaire en Electro-encéphalographie (EEG, vidéo-EEG)
- Electro-myographie (ENMG).



الدكتورة سارة الصابري

طبيبة الجهاز العصبي

- دبلوم التخصص بكلية الطب والصيدلة - جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في الصداع وآلام الرأس - جامعة باريس ديدرو بفرنسا.
- دبلوم جامعي في التخطيط الكهربائي للدماغ - جامعة محمد الخامس بالرباط.
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات.

ORDONNANCE

Casablanca, le :

01/04/2023

EL MOUSTI RACHID

Age= 73 ans

ATCDS= Valvulopathie opérée sous sintrom , HSD chronique il y à 1 an

Vertige aigue il y a 3 jours

FAIRE SVP: TDM cérébrale

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, résidence sunnah - Casablanca
2 Mars - Modiboketta - GSM: 06.53.45.60.46
Tel: 05.22.82.10.10 - INPE: 091256719

Dr. SABIRY Sara
Neurologue - EEG - ENMG
548, résidence sunnah - Casablanca
2 Mars - Modiboketta - GSM: 06.53.45.60.46
Tel: 05.22.82.10.10 - INPE: 091256719

أين سبينا
CLINIQUE
DES SPÉCIALITÉS
Radiologie

548, محج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا, الطابق 2 شقة 7, إقامة السنة-الدار البيضاء

548, Av. 2 Mars Angle Modibo Keita, étage 2, App. 7, Résidence sunnah- Casablanca

☎ 05 22 82 10 10 ☎ 06 53 45 60 46 ✉ sara.sabiry@gmail.com

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202301884	01/04/2023	M. EL MOUSTI RACHID	Payant	01/04/2023	01/04/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
SCANNER CEREBRAL			1	1 200,00	1 200,00
Sous-total					1 200,00
Total général					1 200,00

Arretée la presente facture à la somme de **MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

Observation :

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

CLINIQUE

مصحة الاختصاصات



Casablanca , le 01/04/2023

Nom /Prénom : EL MOUSTI RACHID
Médecin prescripteur :

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE:

Examen réalisé en acquisition spiralee sans injection de produit de contraste.

RESULTAT :

Absence visualisation de saignement intra ou extra parenchymateux décelable en sus ou sous tentoriel

Ligne médiane en place

Atteinte démyélinisante de la substance blanche peri ventriculaire

Elle contient des images lacunaires et micro lacunaires

Doute sur des foyers d'ischémie sub aigu un du noyau caudé droit; l'autre est antérieur de la capsule interne gauche

Citernes de la base libres

Absence d'anomalie de densité cérébelleuse ou du tronc cérébral

EN CONCLUSION

Atteinte démyélinisante de la substance blanche péri ventriculaire d'origine vasculaire avec doute sur des foyers d'ischémie au stade sub aigu bilatéral

Absence de foyer de saignement récent

En vous remerciant de votre confiance



 **Dr. JADID Ihsane**
Radiologie