

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

- Reclamation : 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'H. 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
M23-009471

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9878 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : QAissi Age : 21
 Date de naissance : 27/06/1978
 Adresse : 169 rue N° 1 Le LMANZAKH
 Tél. : 0662237210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : QAissi Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Sédala IRM Médullaire
 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 : Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/07/23

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/07/2023 | Un acte de 800,- | | | |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Dar Salam S.C. 728, Bd. Mediboketta Casablanca | 12/07/23 | voir facture ci-jointe | 4200,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

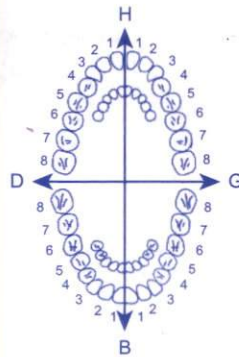
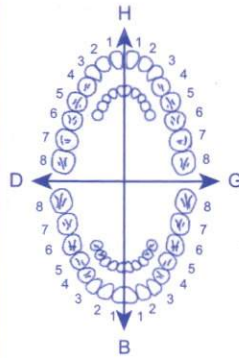
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

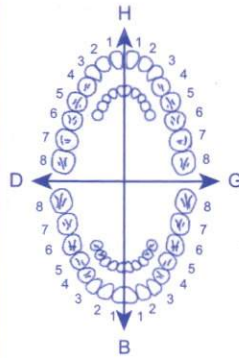
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|--|----------------|------------------|-------------|
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
|  | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE

Casablanca, le 12/07/2023

Facture N° 1106/2023

NOM PATIENT : QAISSI MALIKA NELIA

DATE FACTURE : 12/07/2023

| EXAMENS | MONTANT |
|--------------------------|--------------------------------------|
| IRM MEDULLAIRE: ----- | quatre mille deux cents (4200 DH) |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE MILLE DEUX CENTS

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728 Bd Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24



Casablanca le 12/07/2023

NOM : QAISSI MALIKA NELIA

Médecin prescripteur : PR ZAFAD

IRM dorsale

Indication : évaluation d'un neuroblastome médiastinal traité par chimiothérapie+ chirurgie

Technique d'examen:

Séquences sagittales T1 et T2 et STIR.

Séquences axiales et coronale T2 et STIR.

Résultats :

Le contrôle de ce jour note de la persistance d'une petite composante tissulaire au niveau des trous de conjugaison étendue de D1 à D4 en isosignal T1, hypersignal T2 et STIR de 10mm d'épaisseur correspondant un résidu tumoral.

Absence de composante endocanalaire.

Absence de nodule ou de masse tissulaire notable au niveau médiastinal.

Moelle de volume et de signal normaux.

Remaniements inflammatoires au niveau du site opératoire.

Absence d'adénopathies médiastinales ou claviculaires.

Absence d'anomalie de signal au niveau des corps vertébraux ou des arcs postérieurs.

Condensation alvéolaire basal gauche.

Dr. K. Miyara
Radiologue
DR MIYARA
Dar Salam S.C
728, Bd Modibo Keita
Casablanca

Urgences 24/24

728, Bd Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء - شارع موديبو كيتا 728

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

| Numéro Facture | Date Facture | Nom du patient | Prise en charge | Période hospitalisation | |
|----------------|--------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| 202305414 | 12/07/2023 | bebe QAISSI Malika Nelia | Payant | 12/07/2023 | 12/07/2023 |

| Désignation des prestations | Observation | Lettres Clé | Nbre | Prix Unitaire | Montant DH |
|-----------------------------|-------------|-------------|------|---------------|------------|
| | | | | | |
| TOTAL CLINIQUE | | | | | 0,00 |

AUTRES PRESTATIONS

| | | | | | |
|--------------------------------|----------|--|---|--------|--------|
| DR. ANESTHESISTE(Anesthesiste) | SEDATION | | 1 | 800,00 | 800,00 |
| TOTAL AUTRES PRESTATIONS | | | | | 800,00 |

| | | |
|--|---------------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme HUIT CENTS DIRHAMS | TOTAL GENERAL | 800,00 |
|--|---------------|--------|

URGENCE
Clinique DAR SALAM

COMPTE-RENDU IRM AVEC SEDATION

LE : 12/07/2023

Nom : QAISSI

Prénom : MALIKA NELIA

Date De Naissance : 25/04/2022

Type d'IRM : IRM MEDULLAIRE

INDICATION : EVALUATION D4 UN NEUROBLASME Médiastinal après 03 cures de chimiothérapie.

Procédure : La patiente sus nommée a passé un examen IRM nécessitant une sédation thérapeutique médicamenteuse par voie intraveineuses et sous surveillance par monitoring

Post sédation : stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Réveil et sevrage : bon réveil , patiente consciente coopérante

Complications : Sans complications notables, maintenir l'abstinence alimentaire au minimum une heure.

Signature du réanimateur :

Pr BOUDERKA My Ahmed
Professeur de l'enseignement Supérieur
en Anesthésie et Réanimation
Clinique Dar Salam, 15 rue Modibokella
Cotonou Bénin Tél : 02 92 25 14 14

URGENCE
Clinique DAR SALAM



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

05 juillet 2023

ENF. QAISSI MALIKA NELIA

Nourrisson suivie pour neuroblastome médiastinal en sablier traitée par chimiothérapie + chirurgie.

Bilan de suivi:

IRM medullaire

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

RADIOLOGIE
Dar Salam S.C
728, Bd. Modibokeita
Casablanca