

## 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° W21-712696

115517

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mohamed el Mehdi Drioviche

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2918,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : 17/10/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

يستم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأنظار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

**O.M.F.A.M.**  
29 AVR. 2022  
ANIVÉE ACCUEIL  
Identification de l'agent :  
Date de dépôt du dossier :  
تاريخ الإيدع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

الأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **EL Bouiti Rajaa** الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : **353484** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **432861213** رقم التسجيل :

N° CIN : **BL3005** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\* : **زوج**

Adresse : **Régence ambassadeur 3, bd Sidi Bouy Nassr** العنوان : **App 32 H. CASABLANCA**

Montant des frais (Dhs) : **2918,00 DHS** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **01** عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **EL Bouiti Rajaa** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **EL Bouiti Rajaa** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **25/12/78** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **BL3005** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : **M** الجنس\* : **ذكر**

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **090004674** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **Hypermétrie buccale** نوع العلاجات

Maladie\* : **مرض** تم تقديم الظرف المغلق\* : **Oui** Non

Maternité\* : **أمومة** تاريخ الحمل : **.....**

Hospitalisation\* : **استشفاء** التاريخ المرتقب للولادة : **.....**

Accident\* : **حادثة** تاريخ الاستشفاء : **.....**

Causes : **أسباب الحادث : .....**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **CASA** حرر ب :  
le : **29/04/2022** في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.

Fait à : **CASA** حرر ب :  
le : **29/04/2022** في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin ou de l'établissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- Cocher la mention utile pour chaque case

Dr. SABRY  
Stomatologie et  
Maxillo-Fac  
Hôpital 20 Août

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ الفاتور<br>Montant facturé | توقيع و طابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet du Médecin traitant |
|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 02.04.22                         | CS                             | -   | -                          | 6                                 | Dr SABR AY<br>Stomatologie et<br>Maxillo-Facial<br>Hôpital 20 Août     |
| 25/04/22                         | CS                             | -   | -                          | 6                                 |  |

CDM-10

21, Rue Lyautey, Casablanca  
Appel N° 3 Casablanca  
852270545

جود الوصفات التي تم تنفيذها في الأجهزة الطبية المموت

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | التمن المطلوب<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 28/04/2022                        | 418,00 DH                     | <p>PHARMACIE DR. P. MATHER</p> <p>Docteur P. MATHER</p> <p>Rue 23 N° 84</p> <p>Casablanca 41 54 23</p>                           |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible]

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1

## Actes Paramédicaux

مستشارات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : 0111111111111111            |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |

IND-08-679-02L



Nom & prénom : EL BOUIHI RAJAA

**FACTURE N° : 22/008296**

**Date : 25/04/2022**

| <u>Examen</u>               | <u>Montant</u> |
|-----------------------------|----------------|
| I.R.M CEREBRALE             | 2 500,00       |
| <b><u>Total Montant</u></b> |                |
| 2 500,00                    |                |

Arrêtée la présente Facture à la somme de:  
DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT :TPE Le 25/04/2022

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73



Casablanca le 25/04/2022

PATIENT : EL BOUIHI RAJAA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M CEREBRALE  
H.

**TECHNIQUE**

Sagittal T1  
Axial Flair, Diffusion, T2\*.  
T2 haute résolution CISS.  
Injection de gadolinium dans les trois plans.  
Angio-IRM artérielle.

**RESULTAT**

**A l'étage sus tentorie**

Absence d'anomalie de signal de la substance blanche ou de la substance grise.

Respect des espaces péri cérébraux.

Les structures médianes sont en place présentant une morphologie et un signal respectés.

**A l'étage sous tentorie et de l'angle ponto-cérébelleux**

Absence d'anomalie de signal des hémisphères cérébelleux ou du tronc Cérébral.

Absence de processus occupant l'angle ponto-cérébelleux droit ou gauche ou des conduits auditifs internes.

Le paquet acoustico-facial présente une morphologie normale et un signal respecté.

Absence de prise de contraste pouvant évoquer un neurinome ou une névrite.

Respect de signal de liquide labyrinthique notamment pas d'anomalie de forme ni de signal de l'utricule et du saccule.

L'analyse des structures vasculaires ne montre pas d'anomalie en particulier pas de conflit vasculo-nerveux.

Dispositif artériel du polygone de Willis ne présentant pas d'anomalie.

**CONCLUSION**

**IRM cérébrale et du paquet acoustico-facial ne montrant pas d'anomalie notamment pas de processus occupant de l'angle ponto cérébelleux ni du signe en faveur de névrite .**

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

Confraternellement  
DR. BERRADA AZ EL ARAB  
INPE : 091032870

**RADIOLOGIE Abou Madi**  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

S.A.R.L. au Capital de 740.000 DH - 27, Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gauthier - 20 060 Casablanca - MAROC  
Tél.: 05.22.20.34.57/58 - Fax: 05.22.47.40.09 - Email: contact@radiologie-aboumadi.com - www.radiologie-aboumadi.com  
IRM : 05.22.46.37.10 - Scanner : 05.22.46.37.20 - Echographie : 05.22.46.37.30 - Radio Standard : 05.22.46.37.40  
TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - R.C : 395253 Casablanca - I.C.E : 002036624000064



CASABLANCA

25/04/2022

DR. AKIKI Mustapha

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de

Médecine de Nancy

Ex. Enseignant à la Faculté de  
Médecine :

DR. BENRADA M. AZ El-Arab

Spécialiste en Radiologie

Ex Enseignant à la Faculté de

Médecine

Dr. BENKIRANE Hakima

Spécialiste en Radiologie

Lauréate de la Faculté de

Médecine de Nancy.

Ex attachée au CHU Ibnou Rochd

Dr. HANAFI Imad

Spécialiste en Radiologie

de la Faculté de

de médecine de bruxelles

BL Boni Hi RASAA

CLARISCAN 0,5 mmol / ml flacon 15 ml

418,00DH

RECEIVED  
25/04/2022  
14:30

Signature

- IRM Haut champ (1 Tesla)
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

27, Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gauthier

Casablanca 20000 MAROC

Tél : 05 22 50 34 57 / 58 / 06 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14

Fax : 05 22 47 20 09 - Email : contact@c-radiologie.ma

Patente : 35509523 - I.F : 01086163 - CNSS : 2623884



IBN ROCHD ابن رشد

Casablanca الدار البيضاء

**CHU**

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى 20 غشت 1953  
Hôpital du 20 Août 1953

المملكة المغربية  
وزارة الصحة



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 22.06.22

## ORDONNANCE

Docteur : .....  
Dr SABR AY  
Stomatologie et Maxillo-Faciale  
Hôpital 20 Août

*Rue el Bouithi Rajaa*

IRM Cerebrale + Recherche

lésion APC ou stérile interne

(Hypothèse d'origine des Nausées)

Dr SABR AYOUNE  
Stomatologie et Maxillo-Faciale  
Hôpital 20 Août

GE Healthcare



**Clariscan™**  
acide gadotérique

**0.5** mmol/mL

**Solution injectable**

**1 x 15 mL**

Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:  
GE Healthcare AS  
Nycoveien 1  
0485 Oslo, Norvège

Clariscan™ 0.5 mmol/mL  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadotérique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadotérique (sous forme  
de sel de méglumine), équivalent  
à 7,5 mmol.  
Excipients : Méglumine,  
tetraxeton (DOTA), eau P.P.I.



EXP : 08-2023

Lot n° : 15578471

1199457 MAR

CLARISCAN™ 0,5 mmol/mL  
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml



Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.  
Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants. Lire la  
notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit,  
le numéro du lot et la dose  
administrée dans le dossier  
du patient.

Liste I - Uniquement sur  
ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/