

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-773523

140888

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5316 Société : R. A. 17

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABER Mohamed

Date de naissance : 31-12-1954

Adresse : 9, rue 159, Sidi Abderhamou OULFA

Tél : 0634 65 62 19 Total des frais engagés : 200823 FCFA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : ANJABER Mohamed Age : 68 ans

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 : SAKRA Le : 28/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

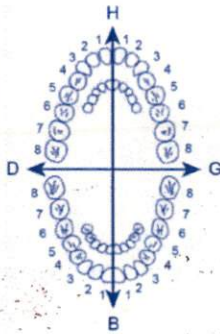
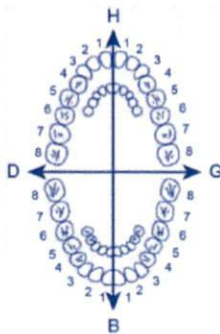
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 28/11/22 | | | | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] GR Neurologue CHU FANN |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE SIGNARA Km 5 Av. Cheikh Anta DIOP BP : 15076 Dakar Tel.: 33 864 02 50 | 28/11/22 | 3823 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Brey [Signature] | 28/11/22 | IRM | 19 100 000 CFA |
| | 29/11/22 | Cerebral | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION [] | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

| QUANTITE | DESIGNATION | PRIX UNIT. | PRIX TOTAL |
|----------|------------------------|------------|------------|
| 01 | Tangan ^e /m | 3823 | 3823 |
| | | Total | |

PHARMACIE SIGNARA
Km 4.5 Av. Chelkh A. D'Or
BP 1506 Dakar
Tel 33 864 0250

WYK



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
UNIVERSITAIRE DE FANN**

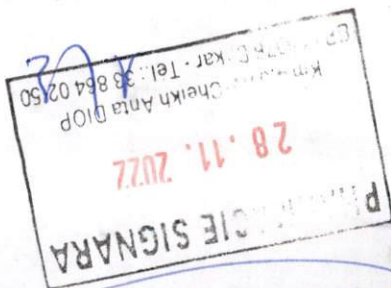
Tél. : +221 33 869 18 18 - DAKAR

Date 28/11/2022
Prénoms Abdoul
Nom FALL
Age 35
Adresse 665
N°

SERVICE DE : Neurologie

ORDONNANCE

② Tangamil 100 3823
rep x 2 1 fl



Dr Serigne Abdou Aziz FALL
Neurologue
CHU FANN

Ramener l'ordonnance à la prochaine visite

• Patch cutané : OUI NON ~~NON~~ *Autre (préciser)

*INDICATIONS CLINIQUES

Syndrôme vestibulaire

Ataxie

Syndrôme pyramidal de 4 membres

*EXAMENS PREALABLES (Echographie TDM à joindre au dossier)

* VOTRE PATIENT POURRA – T – IL COOPERER ? OUI NON

* EST – IL VALIDE ? OUI NON

*ALLERGIE

OUI

NON

*ANTECEDENTS (médicaux et chirurgicaux)

EXPLORATIONS DEMANDEES

Angio IRM

| | | | | | |
|------------------|---|---|------------------|---|---|
| Crâne et contenu | | | Moelle | | |
| Rachis cervical | | | Racine dorsal | | |
| Rachis lombaire | | | Hanche | D | G |
| Epaule | D | G | Genou | D | G |
| Abdomen | | | Cœur, vaisseaux | | |
| Pelvis | | | Pharynx, Larynx | | |
| orbites | | | Autre (préciser) | | |

INFORMATIONS ATTENDUES DE L'EXAMEN :

AUC ???
TVC ???

Dr Serigne Abdou Aziz FALL
Neurologue
CHU FANN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE FANN
CLINIQUE DES NEUROSCIENCES
IBRAHIMA PIERRE NDIAYE

Chef de Service : Pr Amadou Gallo DIOP
B.P. 5035 - DAKAR - SÉNÉGAL - Tél. : (221) 33 824 00 82

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE

Date de la demande : 28/11/2022

Médecin prescripteur

Adresse du prescripteur Neurologie

Téléphone :

Télécopie :

Nom du Patient : Nohamud

Prénom : Jaber

Patient hospitalisé :

patient externe

Date de naissance 66 ans

Sexe : M / F

Profession : Rebraile

Poids :

Adresse du patient : Fann Hoch

téléphone : 77 560 89 19

(Contre- indications (relatives ou absolues) : A REMPLIR IMPERATIVEMENT

| | | | | | |
|--|-----|-----|--------------------------|-----|-----|
| • Claustrophobie | OUI | NON | • Travailleur des métaux | OUI | NON |
| • Stimulateur Cardiaque | OUI | NON | • Clips Neurochirurgical | OUI | NON |
| • Matériel vasculaire (clip, Stent, coil...) | OUI | NON | • valve cardiaque | OUI | NON |
| • Prothèse auditives | OUI | NON | *Valve cardiaque | OUI | NON |
| Eclats Métalliques | OUI | NON | *Suture métalliques | OUI | NON |
| • Matériel chirurgical | OUI | NON | *Grossesses | OUI | NON |
| • Orthodontie ; ostéosthrèse....(préciser date) | | | | | |

**Radiographie – Mammographie - Echographie Doppler
Panoramique dentaire – Scanner – Radiologie interventionnelle**

ANGIO-IRM CERVEBRALE

Prenom(s) et nom : MOHAMED JABER

Age : 66 ans

Examen du 28/11/2022

Indication clinique : SYNDROME VERTIGINEUX-ATAXIE -SYNDROME PYRAMIDAL DE

Prescripteur : DR FALL

ECHNIQUE : Examen réalisé sur une IRM haut champs 1,5T Siemens Aera.

Coupes sagittales en T1 suivies de coupes axiales transverses en différentes pondération : T2SE, Flair, T1SE, T2 hém, Diffusion. Séquence 3D TOF. Après injection de gadolinium, une acquisition volumique a été réalisée centrée sur le crâne.

RESULTATS

Pas d'anomalie de signal significative en foyer parenchymateux sur toutes les séquences.

Pas d'hémorragie sur les séquences de susceptibilité magnétique.

Absence de processus expansif intracrânien.

Système ventriculaire normal.

Structures médianes en place.

Espace péri cérébral virtuel.

Polygone de Willis complet sur les séquences TOF.

CONCLUSION :

IRM cérébrale normale.

Absence d'anomalie pouvant expliquer la symptomatologie.

Intérêt d'une IRM médullaire pour une meilleure exploration.

DR IBRAHIMA DIAKHATE



MEDICS SARL
CENTRE D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET
INTERVENTIONNELLE DE SOUMBEDIOUNE

Radiographie – Mammographie - Echographie Doppler
Panoramique dentaire – Scanner – Radiologie interventionnelle

FACTURE N° : 00903 - 11/2022

DU 28/11/2022

Prénom(s) : MOHAMED

Nom : JABER

| Examen | Montant |
|----------------------------|---------|
| ANGIO-IRM CEREBRALE | 175 000 |
| PRODUIT DE CONTRASTE 10 ML | 22 000 |

Total 197 000

Facture payée

En espèces ☒ X
Chèque ☐
Carte bancaire ☐

MEDICS Sarl
Dakar, Fann Hock
14, Boulevard Mr Luther King
Tél : 33 821 21 50



Arrêtée la présente facture à la somme de cent quatre-vingt-dix-sept mille F cfa