

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0045121

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société : 173523

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKACH Med NAÏF

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse :

Tél : 0661 323184 Total des frais engagés : 418,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : ALA OIR Le : 17 / 08 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE HAY RAJA Hicham ABOUTIKI Docteur en Pharmacie 25 bis av des Pleiades Bd Anoual Hay Raja - Hermitage Casablanca Tél 05 22 85.05.25 098031210</p>	07.07.2023	418,00

[illegible]

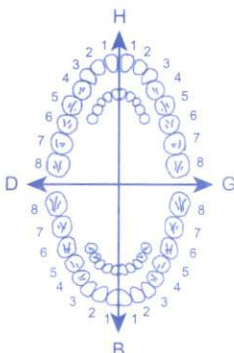
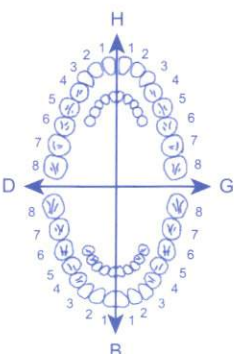
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

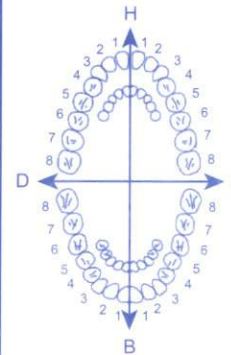
### Important :

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									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>								
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

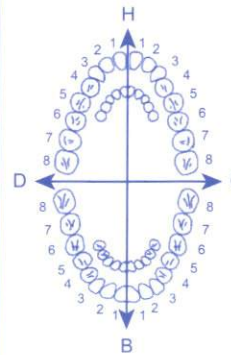
MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18123

Mme = HADIANI E-D DAKHACH  
 SAIDA

48,00  
 Lariscars 15 ml




**PHARMACIE HAY RAJA**  
 Micham ABOUTIKA  
 Docteur en Pharmacie  
 25 rue Av. des Pleiades Bd August  
 Hay Raja Hermitage  
 Casablanca Tél 05 22 86 05 25  
 098031910

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

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

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

N° AMM: 162/19/DMP/21/

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, tetraxetan (DOTA), eau P.P.L.



7 037960 644169

PPV  
418DH00

EXP : 05-2024

Lot n° : 16054179

1199457 MAR

ordonnance originale vous sera  
remise par clinique ANOVAL  
avec dossier prise en charge.

Clinique IBN SINA

مصلحة ابن سينا

Agadir, le 22/05/2023

Mme Hadiani El Dakach  
Soude

Neuroradiologue de la femme  
du centre de neuro-ophtalmologie  
(surveillance clinique  
et radiologique).

Dr. A. Guehale + Seguer  
Angio

Pr. MEJATI Mohamed  
Neurochirurgie

Casablanca, le 17 Août 2023

**MME. HADIANI EP DAKACH SAIDA**

## COMPTE RENDU

### IRM CEREBRALE

#### Technique :

Examen réalisé en coupes sagittale T1, axiale T2 et Flair, axiale diffusion T2 gradient, angiographie artérielle et veineuse, axiale T1 après injection de gadolinium.

**Résultat :** en comparaison avec l'examen antérieur réalisé le 28.05.2022, on note :

- Stabilité en dimensions d'un méningiome de la faux du cerveau, mesurant actuellement mesurant dans le plan axial 22 x 27,5mm et dans le plan sagittal 22mm de hauteur sur 20,4mm de diamètre antéro-postérieur.
- Ce processus se développe au niveau de la fissure longitudinale du cerveau de part et d'autre de la faux du cerveau, présentant un hypersignal en diffusion, un isosignal T1, modérément en hypersignal Flair, en T2, se rehaussant de façon homogène par le produit de contraste.
- Angiographie artérielle et veineuse ne révélant pas d'anomalie notable.
- Absence d'anomalie notable au niveau de la fosse postérieure.

#### Conclusion :

Stabilité en dimensions de méningiome de la faux du cerveau mesurant actuellement 22 x 27,5 x 22mm de diamètre.

  
**DR. LAHLOU NEZHA**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
111, Bd Anoual - Casablanca  
Tél : 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00  
Fax : 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00  
Gsm : 06 63 57 42 60