

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0031780

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07463

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL QASMI Moulay EL Hassan

Date de naissance : 23-11-1965

Adresse : LOTIBN khaldoun Res. laymoun n°8
CASABLANCA -

Tél. : 0660212015 Total des frais engagés : 2500,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2023

Nom et prénom du malade : EL QASMI Moulay EL Hassan

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : 17 JAN 2024

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/02/2023	Comb			Gratuit

EXÉCUTION 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
	07/01/24	IRM Cerebrale	2500,00 D.H

AUXILIAIRES MEDICAUX

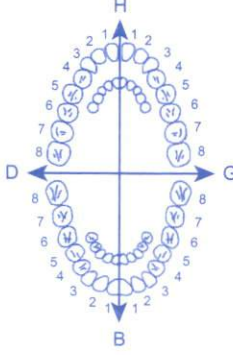
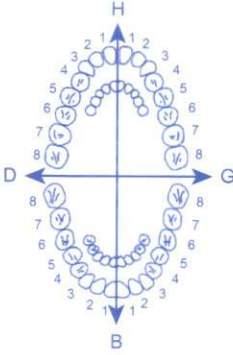
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 COEFFICIENT 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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

• Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral

• Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson

• Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Video EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

• أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

• مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد

• أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

23-12-2023

Mr EL QASBI MUY

EL MASS AN

Age = 58 ans

- premier faiblesse et
de la marche chute avec
nerf du MSD

IRM cérébrale

شارع واد لو. سبتي أوفيس. الطابق الأول رقم A6 مقابل برج الحسني وماكدونالدز - (فوق KFC) - حي الحسني - الدار البيضاء

Bd Oued Laou, City Office, 1er Etage N° A6 en face de Marjane et McDonald's Hay Hassani (au dessus de KFC)

Casablanca - Tél : 05 22 90 22 66 E-mail : soumari@hotmail.com



CASABLANCA, le 03/01/2024

PATIENT : EL QASMI Moulay El Hassan

IPP : 180309104642MA

DATE NAISSANCE : 23/11/1965

NUMERO DOSSIER : 2400806674

IRM CEREBRALE

INDICATION : NCB du membre supérieur droit avec faiblesse de l'hémicorps droit.

TECHNIQUE : Acquisitions avec une IRM 1.5 par des coupes dans les 3 plans en séquences de diffusion, FIESTA, T1, T2, Flair et EG sans injection du produit de contraste.

RESULTATS :

○ **A l'étage sus tentoriel :**

- Absence d'anomalie morphologique ou de signal de la substance blanche et de la substance grise.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- Structures médianes en place.
- Absence de collection intra crânienne.

○ **A l'étage sous tentoriel :**

- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane non dilatée.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- Absence d'anomalie de l'APC
- Absence de conflits vasculo nerveux.

CONCLUSION :

- **IRM cérébrale sans anomalie évolutive**
- **A noter un comblement des cellules mastoïdiennes à gauche**

En vous remerciant de votre confiance :
Signé : **Pr Ass BOUKNANI-Dr BENNANI**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass BOUKNANI-Dr BENNANI
RADIOLOGIE
021246434



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 1533 / 2024 du 03/01/2024

Nom patient	EL QASMI MOULAY EL HASSAN	Entrée	03/01/2024
Prise en charge	PAYANT	Sortie	03/01/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
IRM CEREBRALE	1,00		2 500,00	2 500,00
			Sous-Total	2 500,00
Total Clinique				2 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	2 500,00
DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS			
Immatriculation : 07463	Adhérent : EL QASMI MOULAY EL HASSAN		
Affiliation :	N° prise en charge : 20240020026109/188910		
Cin : E241213			

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@hckm-hck.ma
 N° INP : 090061862
 ICE HCK : 001740003000026