

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038746

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05694 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

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 honoraires
23/08/19		CS	G	DR. AMARA Nidali Neuro-Chirurgie

# 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
	23/08/19	TDM Cerebrale	1300 DHS
	23/08/19	Prothèse dentaire	300 DHS

# 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

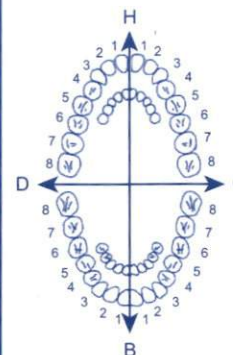
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

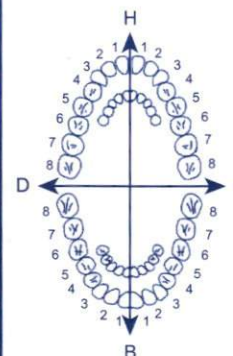
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



27108119

Rahma Abidri:

TDM cérébrale

Technique:

Acquisition hélicoidale sans et avec injection de DDC

Résultat:

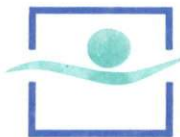
- Présence en pôle temporal gauche d'une formation kystique bien limitée, siège d'une zone spontanément hyperdense (55UH), à paroi renforcée après injection de DDC, mesurant 84 x 55 mm étendue sur 37 mm
- cette formation est entourée par un important oedème périlésionnel en doigt de gant
- le tout exerçant un effet de masse sur le VL homolatéral avec engagement sous falcariel.
- citernes de la base libres
- FCI sans anomalie



Au total :

Aspect TDM d'un processus kystique  
pariétotemporal gauche, siège de  
remaniements hémorragiques et responsable  
d'un engagement sous falcoriel. à confronter  
au reste du bilan.

D<sup>r</sup> Guetzi - D<sup>r</sup> Chalusi



## BILLET D'EXAMEN

Date : 27/10/19

Prénoms - Nom du malade : Rahma El Abdelli

Service : SVC N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Age: 63 ans</p> <p>ATCDs : - DT2 sous it1</p> <p>- hospitalisée en PM</p> <p>se présente pour HTIC (céphalées, vomissements)</p> <p>avec TDMc: Processus kystique fronto-temporo-pariétal - gauche</p> <p>Région de l'anneau hémorragique</p>	<p>pour AVC I il ya 1 mois</p>

Le médecin traitant

MORCHID ZITAB  
Médecin Interne  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 48 20 83

→ Veillez svp faire RTT avec angio.



## BILLET D'EXAMEN


Date : 23/08/19

Prénoms - Nom du malade : RAIMA ABALOU

Service : SOC N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Age: 60 ans</p> <p>Antcds: DTL depuis 10 ans sous ADO</p> <p>potente suivie en neurochirurgie pour un AVC</p> <p>hémorragie tégumentaire parietal gauche avec épanchement</p> <p>hier de vomissements avec trouble de la déglutition</p>	

Le médecin traitant

 L. F. SYPOM

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83





Ctre **RADIOLOGIE**  
**ABDELMOUMEN**

مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

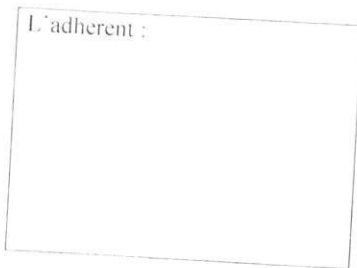
الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Facture N° : 005552/2019 Date : 23/08/2019...

- Nom patient : Mme. RAHMA EL ABDLLI
- Examen(s) réalisé(s) : SCANNER CEREBRAL
- Net à payer T.T.C : 1300 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : MILLE TROIS CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,

Casablanca

الهاتف : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83

الفاكس : 05.22.98.19.17

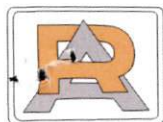
البريد الإلكتروني : radiologie-ab@menara.ma

Site Web : <http://www.radiologieabdelmoumen.ma>

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،

الدار البيضاء



**Ctr RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

**Dr BENNISS Fouad**

**Pr FATHI Khadija**

**Dr LARAQUI BENSOUA Nadia**

**الدكتور بنيس فؤاد**

**الأستاذة فتحي خديجة**

**الدكتورة العراقي بنسودة نادية**

23/08/2019

Facture N° : 005554/2019<sup>Date</sup> : .....

- Nom patient : Mme. RAHMA EL ABDLLI
- Examen(s) réalisé(s) : PRDT CONTSTE TDM
- Net à payer T.T.C : 300 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : TROIS CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE

L'adherent :



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,

Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 : الهاتف

Fax. : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

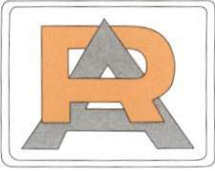
Site Web : <http://www.radiologieabdelmoumen.ma>

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،

الدار البيضاء





# Ctre RADIOLOGIE ABDELMOUMEN

مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : CHU IBN ROCH CASA.....

Nom du patient : Mme. RAHMA EL ABDLLI.....

Examen réalisé : SCANNER CEREBRAL..... Date : ...23/08/2019.....

**RC :** 63 ans, perte de la connaissance d'installation brutale

## **TECHNIQUE :**

Acquisition hélicoïdale réalisée au niveau du crâne avant et après contraste vasculaire. Prise de clichés en fenêtres parenchymateuses. Reconstructions sagittales et coronales

## **RESULTATS :**

- Mise en évidence d'un processus occupant l'espace au niveau du lobe pariétal gauche dans la région latéro-ventriculaire d'aspect kystique à paroi fine et régulière et à contenu liquidien (12 UH) avec mise en évidence d'un hématome intra kystique
- Ce processus est allongé dans le sens antéro postérieur mesurant,
  - o 100 mm de grand diamètre antéro postérieur
  - o 45 mm de hauteur
  - o 50 mm de diamètre transversal.
- Effet de masse comprimant totalement le ventricule latéral gauche et refoulant la ligne médiane vers la droite avec dilatation du ventricule droit.
- A noter par ailleurs un effacement des sillons corticaux.

## **CONCLUSION :**

- Aspect TDM en faveur d'un processus expansif du lobe pariétal gauche d'allure kystique prenant le contraste vasculaire en périphérie avec un contenu liquidien et hématome intra kystique.
- Un astrocytome kystique est probable.



Confraternellement  
DR F. BENNISS

Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,  
Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 : الهاتف

Fax. : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

Site Web : http://www.radiologieabdelmoumen.ma

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،  
الدار البيضاء