

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.

Diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RAS 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.

AS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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
10/08/2016	6	CS	6	 Dr. AMARA NIDHI NEURO-CHIRURGIEN Spécialiste en Neurochirurgie

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	TDI cérébrale	1300 DHS
	23/08/19	PRDT coartac des	300 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

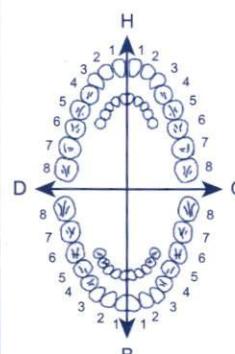
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'IRM.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

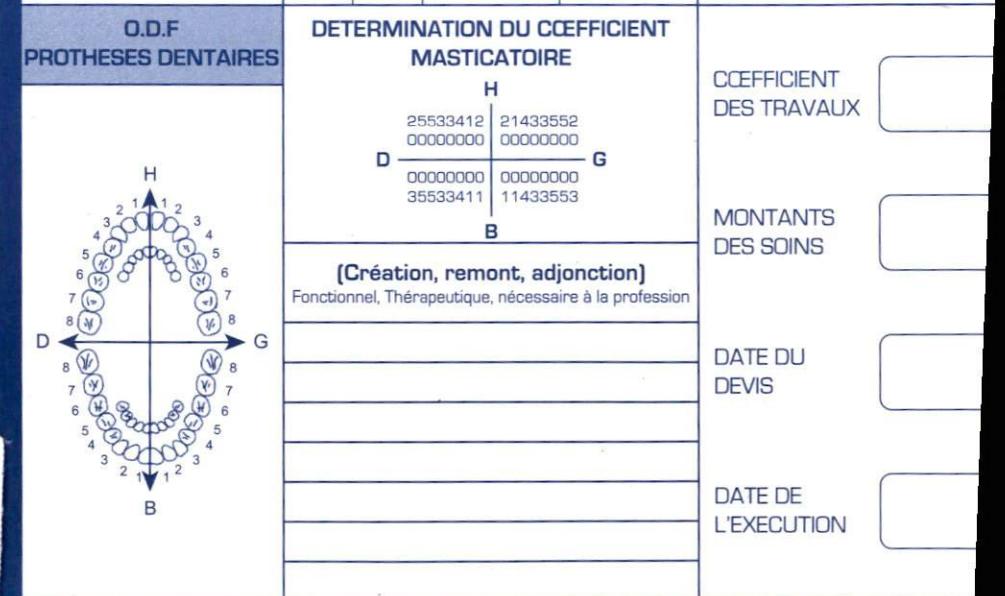
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B



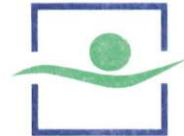
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profess



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



27/08/19

Rahma Abidli:

TDA cérébrale

Technique:

Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de PDC

Résultat:

- Présent en paroi temporal gauche d'une formation kystique bien limitée, siège d'une zone spontanément hyperdense (55 UH), à paroi relevée après injection de PDC, mesurant 84 x 55 mm étendue sur 37 mm
- cette formation est entourée par un important œdème péri-lésionnel en droit de gant
- le tout exerçant un effet de masse sur le VL homolatéral avec engagement sous falcoriel.
- citerne de la base libres
- FCL dans ana-alie

Au total :

Aspect TDA d'un processus lymphopéritoneal temporo-
frontal gauche, siège de remaniements hémorragiques et responsable
d'un engorgement sous falcoriel. à confronter
au reste du bilan.

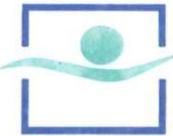
Dr Guérin - Dr Dahlström



IBN ROCHD
الدار البيضاء
Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 27/10/19

Prénoms - Nom du malade : Rahma El Abdelli

Service : ENC N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Age: 63 ans ATCDs: - DT2 sous ITI - hospitalisé en PII se présente pour 1er HTIC (céphalées, vomissements) avec TDHc: processus Kypho-lordot - temporal - gauche siège de remaniements hémorragiques</p>	<p>pour AVCI il y a 1 mois</p>

Le médecin traitant
MORCHID
Médecin traitant
CHU Ibn Rochd - Casablanca

→ Veilly sur ^{le} Jure ^{le} 1^{er} oct avec
séquence englo.

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 48 04 83



BILLET D'EXAMEN

Date : 23/09/16

Prénoms - Nom du malade : RAHIMA ABIAOUI

Service : FRC N° d'admission :

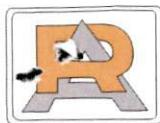
Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Age: 62 ans</p> <p>ATCS: DT depuis 10 ans sans ADO</p> <p>patiente souffre en neurochirurgie, pour un AVC</p> <p>hémorragie temporo-parétal gauche avec *épiphénomènes</p> <p>hier de vomissements avec trouble de la déglutition</p>	

Le médecin traitant

La faire SVP TOM cerfvol

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





**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المؤمن**

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

L'adhérent :

Signature & cachet



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,
Casablanca

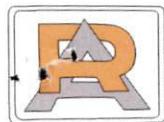
الهاتف : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83
fax : 05.22.98.19.17

الfax : البريد الإلكتروني : E-mail : 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 المؤمن، زنقة سمية رقم 7

الدار البيضاء



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المؤمن**

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

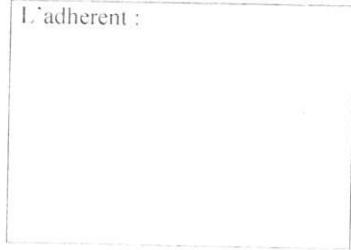
الدكتورة العراقي بنسودة نادية

23/08/2019

Facture N° : 005554/2019 *Date :*

- 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'adhérent :



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,
Casablanca

الهاتف : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83

fax : 05.22.98.19.17

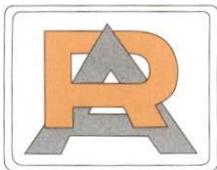
البريد الإلكتروني : radiologie-ab@menara.ma

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

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

شارع عبد المؤمن، زنقة سمية رقم 7

الدار البيضاء



Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA 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 liquidiens (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 liquidiens et hématome intra kystique.
- Un astrocytome kystique est probable.

**Confraternellement
DR F. BENNISS**

