

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : F605 Société :

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : GYN ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661159891 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : GYN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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.

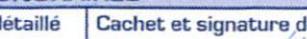
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 10/10/2019

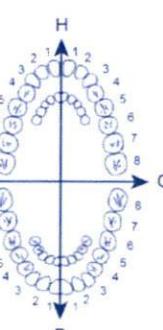
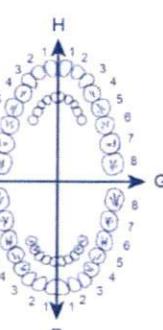
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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 Actes
15/10/2010	CG Cratiale			INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>U</i>	15/10/18	Angie IZN + cervel + controle	4000 Fr

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'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D		00000000			35533411			11433553	B			
	H	25533412	21433552																				
	00000000		00000000																				
	D		00000000																				
			35533411																				
			11433553																				
	B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

الدكتورة إيمان الحلو

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي الشوكي،
الأعصاب و العضلات (الكبار و الأطفال)

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ،
مرض الزهيريم، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد،
أمراض الأعصاب و العضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات



Dr Imane LAHLOU

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Adulte et enfant

(Epilepsie , Migraine , Vertiges , Accidents vasculaires cérébraux ,
Maladie d'Alzheimer , Maladie de Parkinson ,
Sclérose en plaques , Myopathies , Neuropathies)

Electroencéphalogramme (EEG - Vidéo EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

Casablanca, le

15/10/2019

N°111 Gym Dumatup

CENTRE IRM BERRADA M. BENYAHIAZ
BERRADA M. BENYAHIAZ
17, Rue Med Beni
Tél: 0522 23 23
Fax: 0522 95 73

20 ans, sous Traitement anti-
acné qui présente une
syndrome d'hypofévre
intoxicante.

⇒ Angiogramme cérébral +
séquence de diffusion, séquence
artérielle et veineuse, séquence
 T_2^* et coupe cervicale.

DR LAHLOU IMANE
Neurologue

Maladies du Cerveau, de la Moelle épinière et du Muscle

187، شارع عبد المؤمن، إقامة وليلي، الطابق الخامس، رقم 17، الدار البيضاء (أمام محطة الترامواي كلية الطب)

187, Boulevard Abdelmoumen, Résidence Espace Wallili, 5 ème étage, N° 17, Casablanca (En face de la station du tramway faculté de médecine)

Tel : 05 22 22 28 58 - GSM : 06 61 94 94 49 - E-mail : neuro.ilahlou@gmail.com

CENTRE IRM MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N°022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers-MAARIF
Patente : 34770967 I.F :1087675

Casablanca, le 15/10/2019

Facture

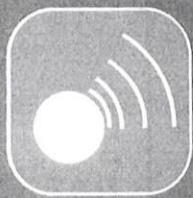
Nom & Prénom : **GYM OUMAIMA**

Date d'examen :15/10/2019

Examen(s)	
PRODUIT DE CONTRASTE ANGIO IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	4000 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE MILLE DH

*CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél. 0522 23.23.11
Fax. 0522 25.38.73*



Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

I.R.M. (1,5 Tesla)

**SCANNER VCT
(64 Barettes)**
Angioscanner
Coroscaner
coloscanner
Denta-Scanner

**SCANNER
CORPS ENTIER**

**DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE**

**RADIOLOGIE
NUMERIQUE**

**MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE**

**PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE**

**ECHO-DOPPLER
COULEUR**

6, Rue Mohamed BAHI
EX. Rue Meissonier
en face du bureau de pointage
les taxis - Maârif
10 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tél. : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.06
C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif :
RM : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
Fax : 05.22.25.38.73
rm-maarif@hotmail.fr
.C.E : 001744959000074
Portable : 24770967

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 15/10/2019

*Mlle. GYM OUMAIMA
DR LAHLOU IMANE*

EXAMEN : ANGIO-IRM CEREBRALE

Technique :

Antenne : Tête

Séquences : * Pondération T1, plan sagittal.

* Pondération T2, Diffusion, T2 Hémo, plan axial.

* Pondération FLAIR FAT SAT, plan coronal.

* Pondération T1, axial et sagittal avec contraste.

* Angio-IRM Polygone de Willis et veineuse.

Produit de contraste : Gadolinium

- Pas de foyer hémorragique cérébral ou méningé.

- Mise en évidence d'une petite image rectiligne, hypointense en T1 et en T2, de topographie hippocampique gauche, d'allure vasculaire. Elle est d'aspect linéaire en "tête de méduse".

- L'injection de gadolinium entraîne une prise de contraste marquée de l'image vasculaire.

- Pas d'anomalie de signal du parenchyme cérébral par ailleurs.

- Pas de dilatation ventriculaire.

- Les structures médianes sont en place.

- Pas d'anomalie de la base du crâne.

- La séquence de diffusion ne montre aucun foyer d'hypersignal.

- L'Angio-IRM polygone de Willis et veineuse ne montre aucune anomalie particulière.

- La séquence médullaire cervicale T2, ne montre aucune anomalie intra-médullaire.

CONCLUSION : ASPECT IRM EVOQUANT

* **IRM CEREBRALE ET MEDULLAIRE CERVICALE SANS ANOMALIE DECELABLE EN DEHORS D'UN PETIT ANGIOME VEINEUX DE LA REGION HIPPOCAMPIQUE GAUCHE.**

Dr. BERRADA M.

Avec mes amicales salutations.