

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-588747

53895

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH JAMAL

Date de naissance : 25-04-1960

Adresse : 225 Rue ABOU ZAYD DADOUSSI MAARIF

Tél. : 0691516773

Total des frais engagés : 3118,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BORDA DA GORGES

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

Nature de la maladie : Menopausa

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 : CASA Le : 28/12/2020

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/11/2020      |                   | 9                     |                                 | INP : 09 000 140<br>Dr BENABDALLAH A.<br>Urgentiste<br>CENTRE AL KINDY<br>2-4, rue Al Kindy - Tél. : 022 39 33 33<br>CASABLANCA |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 04/11/2020 | 2700 DH               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

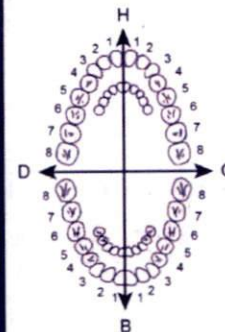
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 04/11/2020 | Cérébrale                    | 2700 DH                |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

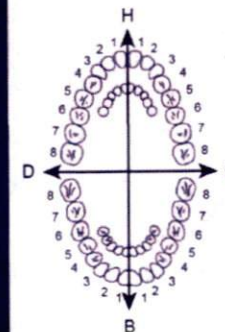
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN  
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le : 04 / 11 / 2020

NOM : BERRADA GOUZI Samia

Produit :

PHARMACIE ANOUAL  
N° 3 Ate du Lion  
Face Radio logie Anoual  
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 86 11 99



CLARISCAN 15 ml

ou

CYCLOLUX 15 ml



**Cyclolux®**  
0,5 mmol/ml, solution pour injection

Acide Gadotérique  
(sous forme de sel  
de méglumine)

Solution pour injection

**1 flacon de 15 ml**

Distribué par:  
Les Laboratoires  
PHARMAPROM  
PPV : 418 DH 00

**SANOCHEMIA**  
Pharmazeutika AG

The Specialty Pharma Company

**Cyclolux**  
0,5 mmol/ml,  
solution pour injection



6 118001 350148



AMM N°: 291/18/DMP/21/NNP

L'étiquette détachable de traçabilité placée sur le flacon doit être collée dans le dossier du patient afin de permettre un suivi précis du produit de contraste à base de gadolinium utilisé. La dose administrée doit également être enregistrée. Si les dossiers électroniques des patients sont utilisés, le nom du produit, le numéro de lot et la dose doivent être enregistrés dans le dossier du patient.

**Fabriqué par:**

Sanochemia Pharmazeutika AG  
Landeggerstrasse 7 Et 33  
A-2491 Neufeld/Leitha, Autriche

**Distribué par:**



**PHARMAPROM**

Route d'El Jadida, Km 9, lot n° 12,  
Lissasfa, Casablanca – Maroc

Dr. Otman RABICHI - Pharmacien responsable



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY**

N° Admission : 20012135      N° Facture : 20011911      Date facturation : 04/11/2020

Nom et prénom du patient : **Mme BERRADA GOUZI SAMIRA**

| PRESTATIONS   | Nombre | Prix unitaire | Montant     |
|---------------|--------|---------------|-------------|
| IRM CEREBRALE | 1.00   | 2 700.00      | 2 700.00    |
|               |        | Sous-Total    | 2 700.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux mille sept cents dirhams**

**Total : 2 700.00DH**

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 2700.00 DH



www.anoual.ma | E-mail : anoual.tel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921



# مركز العلاج الكندي CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 4 NOV. 2020

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

*Me Gaouzi Berrada Samira*

TPD centrale.

- spec pour ADK colique

- Actuellement trouble de l'Equilibre  
et de l'orientation avec Hypo Acousm



Dr BENABDALLAH A.  
Urgentiste  
CENTRE AL KINDY  
2-4, Rue Al Kindy - Tél.: 022.39.33.33  
CASABLANCA

www.centreakindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente: 35806396 | I.F: 01002283 | CNSS: 2026913 | ICE: 000 205 043 0000 17

Siège Social: 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 المغرب الدار البيضاء معاريف. شارع بن سينا. 2 و 4، رقة يوسف الكندي

Accueil Général: +212 520 48 72 00 / 01

+212 522 39 33 33

Fax

+212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

+212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale

+212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis

+212 520 48 72 04

Service Facturation: +212 520 48 72 07

Service Caisse: +212 520 48 72 09

Service Pharmacie: +212 520 48 72 20

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 04 Novembre 2020

**DR. BENABDELLAH ABDELALI**

**Mme. BERRADA GOUZI SAMIRA**

### COMPTE RENDU

#### **I.R.M. CEREBRALE :**

##### **Technique :**

Exploration dans les trois plans de l'espace en séquences T1, T2, Flair, diffusion et T1 après injection de gadolinium.

##### **Résultats :**

- Mise en évidence de plusieurs prises de contraste nodulaires intéressant aussi bien l'étage sus que sous tentoriel, deux sont visibles au niveau frontal droit mesurant 8 et 4mm, une est visible au niveau frontal gauche mesurant 8,6mm.
- Une autre est temporale droite mesurant 7mm.
- Au niveau sous tentoriel, plusieurs prises de contraste sont retrouvées au niveau des hémisphères cérébelleux, les deux plus volumineuses siégeant à gauche et mesurant 13,5mm et 10mm.
- Une siége au niveau du vermis et mesure 6mm.
- La ligne médiane est en place.
- Le système cisterno-ventriculaire est libre.

##### **Conclusion :**

Aspect compatible avec des lésions secondaires.

**DR FARAJ HAMZA**

