

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-787254

155116

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9877 Société : MAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RAISSI Ali

Date de naissance : 07/06/1975

Adresse : 169 rue N° 1 RS ALMANJAH

Tél. : 0662237210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Ag...

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

Nature de la maladie : Sédation pour IAT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Module

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 : Casablanca Le : 27/03/23

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
24/03 2013	Sedation FARM		8000	INF : 697104047-2  Dr. ABASSI Omer PROFESSEUR D'ANESTHÉSIOLOGIE CHU DAR SALAM TUNISIE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MODIBO KEITA</b> 728, Bd. Modibo Keita Tél: 0522 82 65 24 - Casablanca	24/04/23	418.-

[illegible]

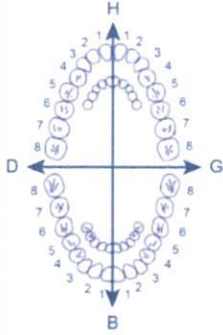
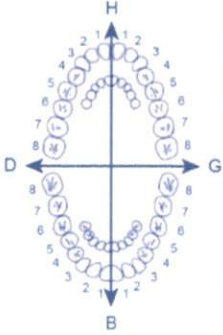
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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	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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضیع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

24/13/2023  
Casablanca, le  
Gaïss mlaka nelo

Deficit moteur des 2 mains  
infer pas deficit sensitif

+ Physio

IRM Cerebrale Mle + Sedation

pour IRM musculaire

Pr. Hmamouchi

Pr. Badreddine HMMAMOUCHI  
Urgence et Réanimation  
Pédiatrique et Néonatale  
Clinique Pédiatrique AJIAL  
Tél: 0522 87 81 81

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél.: +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax: +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / [www.clinique-ajial.ma](http://www.clinique-ajial.ma)



Rv IRM

musculaire

P 24/3/2023

2 14h00

Radiologie IRM

S





## FACTURE

Casablanca, le 24/03/2023

Facture N° 506/2023

NOM PATIENT : Q A I S S I M A L I K A N E L I A

DATE FACTURE : 24/03/2023

EXAMENS	MONTANT
IRM MEDULLAIRE: -----	quatre mille deux cents (4200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE MILLE DEUX CENTS

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728/Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728, Bd Modibo keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء 728 شارع موديبوكيتا -

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma





Casablanca le 24/03/2023

NOM : QAISSI MALIKA NELIA

Médecin prescripteur : PR ITRI

**IRM médullaire**

Indication : Paraparésie d'installation progressive chez un nourrisson de 18mois.

Technique d'examen:

Séquences sagittales T1 et T2 et STIR.

Séquences axiales T1 et T2.

Séquences coronale T2.

Injection de PDC dans les plans axial et sagittal.

Résultats :

Présence en médiastinal supérieur et postérieur gauche d'un volumineux processus lésionnel, de contours lobulés, en isosignal T1, hypersignal hétérogène T2 et STIR siège de travées en hyposignal.

Il mesure : 5,5 x 5,5 x 4,5 cm, se rehaussant de façon intense et hétérogène après injection de PDC avec individualisation d'une composante nécrosée.

Il existe une extension cervicale à travers le creux sus-claviculaire.

Cette masse cervico-médiastinale englobe le pédicule sous clavier gauche, refoule en avant le paquet jugulo-carotidien; et en dedans l'aorte ascendante, l'axe pharyngo-laryngé qui gardent un calibre normal, perméables.

Elle comble la gouttière costo-vertébrale gauche sans lyse osseuse évidente et sans extension aux parties molles.

Elle s'étend en endocanalaire à travers les trous de conjugaison de **D1 à D5** réalisant un aspect en sablier.

Cette composante endocanalaire s'étend sur 4cm de hauteur, comble le canal médullaire, refoule et lamine la moelle dorsale.

Hypersignal T2 des vertèbres dorsales avec respect du mur postérieur et des disques intersomatiques.

Les corps vertébraux ainsi que les disques intersomatiques semblant respectés.

RADIOLOGIE  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**



Absence d'autre anomalie ou de prise de contracte anomalie au niveau des étages cervical et lombaire.

Condensation pulmonaire apical et basal bilatéral.

**CONCLUSION :**

***Volumineux processus lésionnel d'allure tumorale intéressant le médiastin supérieur et postérieur latéralisé à gauche avec extension endocanalaire et compression médullaire évoquant en premier un neuroblastome cervico-médiastinal gauche en sablier.***

***À confronter au reste des explorations .***

**DR MIYARA**

*Dr. K. Miyara*  
*Médecin Radiologue*



## CLINIQUE DAR SALAM

<b>NOM DU PATIENT :</b> bebe QAISSI Malika Nelia <b>DATE DE NAISSANCE :</b> 25/04/2022		<b>N° DE DOSSIER :</b> 23C24160844 <b>Sejour :</b> Du 24/03/2023 au 24/03/2023
Reçu		
Palement du 24/03/2023 16h10		
Montant		800,00 Dh
Type de paiement		TPE



# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202302913	24/03/2023	bebe QAISSI Malika Nelia	Payant	24/03/2023	24/03/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
TOTAL CLINIQUE					0,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)	SEDATION IRM		1	800,00	800,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					800,00

Arrêtée la présente facture à la somme <b>HUIT CENTS DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>800,00</b>
---	----------------------	---------------

URGENCE  
CLINIQUE DAR SALAM

URGENCES 24 / 24 مستعجلات





مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

24/03/2023

QAissi MALIKA NELIA

418.00

Clariscan 15 ml



**PHARMACIE  
MODIBO KEITA**

728, Bd. Modibo Keita

Tél: 0522 82 65 24 - Casablanca



**RADIOLOGIE  
Dar Salam S.C**  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

728 Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء - شارع موديبو كيتا

☎ : 05 22 82 16 12 / 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : rxdarsalam@hotmail.com



# COMPTE-RENDU IRM AVEC SEDATION

Nom : QAISSI MALIKA

Prénom : NELIA

Date De Naissance : 25/04/2022

Type d'IRM : IRM MEDULLAIRE

Indication : Paraparésie d'installantion PROGRESSIVE CHEZ UN NOURRISSON DE 8 MOIS

Procédure : le patient sus nommé a passé un examen IRM nécessitant une sédation thérapeutique médicamenteuse par voie intraveineuses et sous surveillance par monitoring

Post sédation : stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Réveil et sevrage : bon réveil , patient conscient coopérant

Complications : Sans complications notables, maintenir l'abstinence alimentaire au minimum une heure.

Signature du réanimateur :

Dr. ABASSI  
PROFESSEUR  
Anesthésie Réanimation  
CLINIQUE DAR SALAM  
CASABLANCA



GE Healthcare



**Clariscan™**  
acide gadotérique

**0.5** mmol/mL

Solution injectable

**1 x 15 mL**

Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:  
GE Healthcare AS  
Nycoveien 1  
0485 Oslo, Norvège

**Clariscan™ 0.5 mmol/mL**  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadotérique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadotérique (sous forme  
de sel de méglumine), équivalent  
à 7,5 mmol.  
Excipients : Méglumine,  
tetraxetan (DOTA), eau P.P.I.

7 037960 644169

EXP: 05 - 2024

Lot n°: 16054179

1199457 MAR



Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.  
Tenir hors de la vue et de  
portée des enfants. Lire la  
notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit,  
le numéro du lot et la dose  
administrée dans le dossier  
du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur  
ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/