

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-007237

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société : 160431
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM
 Date de naissance : 01-06-1954
 Adresse : n°14 bd OTHMANES HAY My Rachid Casablanca
 Tél. : 0664941231 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/04/2023
 Nom et prénom du malade : Moumen Brahim Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Avc paralysie gauche
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 8 / 5 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/4/23	Cs	-	G	<p>السيد موني عازوبي</p> <p>Docteur Mounir EZZOUBI</p> <p>NEUROLOGUE</p> <p>EEG - EMG</p> <p>أخصائي أمراض الجهاز العصبي</p> <p>5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux</p> <p>Casa - Tél: 0977 48 53 41</p>

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
<p>المرکز الطبي</p> <p>BERP</p> <p>22 23 12</p> <p>25 36 73</p>	25/4/23	ERM	2500

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.

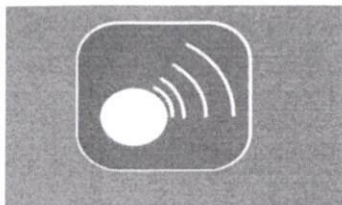
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	
		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة طبية للفحص بالأشعة
CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Date : 25/04/2023

12

Vous n'êtes pas porteur de PaceMaker : NON

ID Patient : 12/74844

Age : 68 ans

Poids : Kg

Suivi par : Dr.BENYAHIA Z

Date d'examen : 25/04/2023 17H 10

Nom et prénom : Mr. MOUMEN BRAHIM

Résultat prévu : 26/04/2023 17H 10

Examen (s): IRM CEREbraLE

PC :

Montant : 2500DH payé :2500 DH Reste:0 DH

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme (EEG)

Electromyogramme (EMG)

• Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور منير الزووبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير محلف لدى المحاكم

M 1467

Casablanca, le : **10 Avril 2023**

Mr MOUMEN Brahim

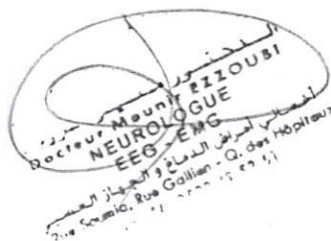
Faire une IRM cérébrale

Renseignements cliniques :

Céphalées

Vertige

Trouble de mémoire



RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.32
Fax: 0522.23.7

06 64 94 12 31

شارع عبد المومن 5، زنقة كاليان، إقامة سومية، شقة 9، الطابق 2، حي المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 06 62 15 93 32 / 05 22 48 53 61
Bd. Abdelmoumen 5, Rue Gallien, Résidence Soumia App.9 - 2^e Etage, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
ICE: 001584535000084 - Tél.: 05 22 48 53 61 / 06 62 15 93 32 / E-mail: mounir.ezzoubi@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 25/04/2023

Facture

Nom & Prénom : **MR MOUMEN BRAHIM**
Date d'examen : 25/04/2023

Examen(s)	
IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	2500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE CINQ CENTS DH

CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 23 23 12
Fax : 0522 25 38 73

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



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
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

16, Rue Mohamed BAH
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :

Tél. : 05.22.25.74.82

05.22.25.30.30

05.22.23.79.34

Fax : 05.22.23.77.05

I.C.E : 001745076000019

Centre IRM du Maârif :

IRM : 05.22.23.23.12

05.22.99.30.31

Fax : 05.22.25.38.73

irm-maarif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente :34770967

I.F. : 1087675

عيادة طبية للفحص بالأشعة
CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca, le 25/04/2023

Mr. MOUMEN BRAHIM
DR EZZOUBI MOUNIR

08 Phys

EXAMEN : IRM CEREBRALE.

Technique :

Antenne : Tête.

Séquences : * Pondération T1, plan sagittal.
* Pondération T2, T2 FLAIR FAT SAT, Diffusion, plan axial.
* Pondération T2 FS, T2 FLAIR FAT SAT, plan coronal.
* Angio-IRM polygone de Willis.

Produit de contraste : Sans

Description :

- Pas de foyer hémorragique cérébral ou méningé.
- La séquence de diffusion montre une lésion ischémique aigue récente pariétale gauche.
- Présence de petites lésions de démyélinisation de la substance blanche péri ventriculaire et des centres semi-ovales intéressant également le cervelet et le tronc cérébral, d'aspect hypointense en T1, hyperintense en T2 ainsi que sur la séquence coronale FLAIR FAT SAT, d'origine vasculaire.
- Elargissement des sillons corticaux, des vallées sylviennes et des ventricule latéraux en faveur d'une atrophie cortico-sous corticale.
- Les structures médianes sont en place.
- L'angio-IRM polygone de Willis ne montre aucune anomalie particulière.
- Les coupes fines haute résolution, centrées sur les hippocampes ne montrent aucune anomalie de signal ou de calibre.

CONCLUSION :

- * PETITE LÉSION ISCHÉMIQUE AIGUE RÉCENTE PARIÉTALE GAUCHE.
- * PETITES LÉSIONS DE DÉMYÉLINISATION SUS ET SOUS TENTORIALES D'ORIGINE VASCULAIRE AVEC ATROPHIE CORTICO-SOUS CORTICALE.

CENTRE IRM MAARIF
DR. BENYAHIA Z.
DR. BERRADA M.
Tél : 0522 25 23 12
Fax : 0522 25 38 73

Avec mes amicales salutations.