

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 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.

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

- Reclamation : 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.

M23-004424

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9878	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	161814
Nom & Prénom :		QAISI ALI	
Date de naissance :		01/06/1975	
Adresse :		Mgme N° 1 le Alouane	
Art 14 M 2012		Tél. : 0662 22 78 10 Total des frais engagés : 5000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDERAFIK ZAINÉ	
Anesthésie - Réanimation	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sedatif TRM
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie : C.I.A	
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 : Casablanca Le : 10/06/23
Signature de l'adhérent(e) : Tel 0662 22 78 10

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
21.06.23	Sevrage		800,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADILOGIE Dar Salim S.C 728, Bd Modibo Keita Casablanca	09/06/23	No. 5 Pacifique Cinéspine	4200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A dental chart below the arch shows the presence or absence of these teeth, indicated by symbols: a circle with a vertical line for a primary tooth, a circle with a diagonal line for a permanent tooth, and a circle with a horizontal line for a missing tooth. The chart is organized into four columns corresponding to the dental arches.

	Upper Left	Upper Right	Lower Left	Lower Right
1	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
2	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
3	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
4	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
5	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
6	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
7	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line
8	Circle with vertical line	Circle with diagonal line	Circle with horizontal line	Circle with vertical line

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

٠٥٩١٤٨٣

Casablanca, le.....

Oaisia Halika Nelia .

Bebe → 7 an suivi

pour Neuroblastome.

(manœuvre testostérone posés
sup gde. avec corpicole
tm des lars → négatif.)

A eu 3 cure de chimio
Puis l'évaluation

IRL métastase



CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

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

FACTURE

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202304550	09/06/2023	bebe QAISSI Malika Nelia	Payant	09/06/2023 / 09/06/2023

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

AUTRES PRESTATIONS

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

Arrêtée la présente facture à la somme HUIT CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	800,00
---	----------------------	--------



CLINIQUE DAR SALAM

URGENCES 24 / 24 مستجدات

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660857000058

COMPTE-RENDU IRM AVEC

LE : 09/06/2023

Nom : QAISSI

Prénom : MALIKA NELIA

Date De Naissance : 25/04/2022

Type d'IRM : IRM MEDULLAIRE

INDICATION : EVALUATION D'UN NEUROBLASME Médiastinal apres 3 cures de chimiothérapie

Procédure : la patiente sus nommée a passé un examen IRM nécessitant une sédation thérapeutique médicamenteuse par voie intraveineuses et sous surveillance par monitorage

Post sédation : stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Réveil et sevrage : bon réveil , patiente consciente coopérante

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

Signature du réanimateur :

Dr. ABDELLAFIK ZAÏME
Anesthésie - Réanimation



FACTURE

Casablanca, le 09/06/2023

Facture N° 904/2023

NOM PATIENT : QAISSI MALIKA NELIA

DATE FACTURE : 09/06/2023

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

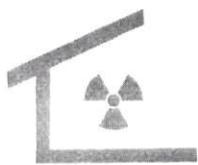
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE MILLE DEUX CENTS

REGLEMENT : TPE



Urgences 24/24

728, Bd Modibo Keita - الدار البيضاء 20100 شارع موديبوكيتا
05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma



Casablanca le 09/06/2023

NOM : QAISSI MALIKA NELIA

Médecin prescripteur : PR ZAFAD

IRM médullaire

Indication : évaluation d'un neuroblastome médiastinal post- chimiothérapie

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 :

Le contrôle de ce jour note une nette régression de la masse médiastinale postéro-supérieure gauche dont les contours restent polylobés avec un signal isointense T1, hyperintense T2 et STIR.

Elle mesure actuellement 26x18x16mm vs 34x32x24mm, se rehaussant de façon modérée après injection de PDC sans nécrose..

Disparition de la composante cervicale.

Cette masse médiastinale ne présente plus de contact avec l'aorte ni l'artère pulmonaire gauche.

Persistante d'une composante tumorale au niveau des trous de conjugaison étendue de D1 à D4 avec disparition de l'extension endocanalaire.

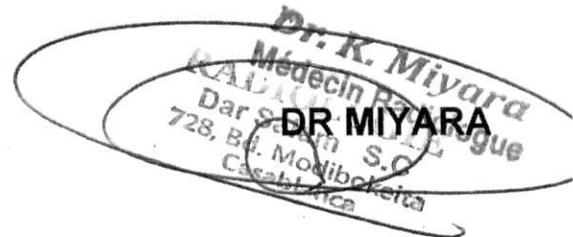
Persistante d'un Hypersignal T2 du corps vertébral de T3 avec respect du mur postérieur et des disques intersomatiques.

Adénopathie sus claviculaire gauche de 10x7 vs 5x8mm.

Conclusion :

Neuroblastome médiastinal postérieure gauche ayant régressé comparativement à l'IRM du 15/05/2023.

Réponse tumorale de l'ordre de 59%.



Urgences 24/24

728, Bd Modibo Keita - الدار البيضاء 20100 شارع موديبوكينا

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