

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



ND = 20744

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2185 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AKHRIFF - Khalil Date de naissance : 13-11-1954  
Adresse : S.B. Rue Kenitra cite' de l'air Marocain  
Tél. : 06 61 18 34 75 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr S. TACHFINE**  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : AKHRIFF Khalil Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALD  
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 : 15/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
11/12/2019	Ce	-	Ce	Dr S. TACHFINE Spécialiste en Oncologie Médicale IMP : 091131532 Centre Al Khayr - Casablanca

# 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
HOPITAL AVICENNE 93009 BOBIGNY CEDEX TRAITEMENTS EXTERNES Tél. 01 48 95 57 90 Fax 01 48 95 57 93 Fermé WE et jours fériés	14/01/20	Arti 2 KZQL003 ZZQL007	6€30 268€87 132€69

# AUXILIAIRES MEDICAUX

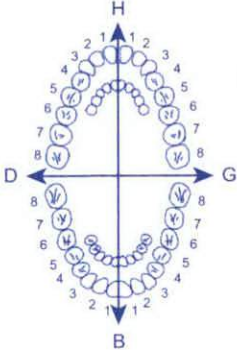
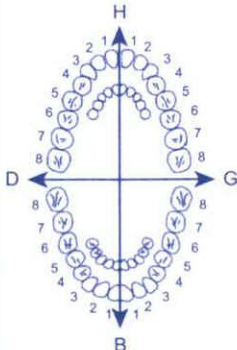
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOThERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGR - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

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

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

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

INPE : 091131532

CASABLANCA, LE...



091131532

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur Said TACHFINE

العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

DR. S. TACHFINE  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INPE : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca

AKHRIF  
KHALIL

Hôpital AVICENNE  
93009 BOBIGNY CEDEX  
TRAITEMENTS EXTERNES  
Tél. 01 48 95 57 90  
Fax 01 48 95 57 93  
Fermé WE et jours fériés

Examen

octres scanner

Tm New-scan-dance  
gl2 ki67: 20%

Ibu qn o Guis  
soma hie

Dr S. TACHFINE  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INPE : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F. : 01002229 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4 : رتبة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء - مغرب 20370 - Casablanca Maârif - Maroc

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



## QUITTANCE

## Nos références

Compte : 18511883 NIP : 8013187830  
 Réf. : 5314242011 N° d'entrée : 203639097

## Hôpital

HOPITAL AVICENNE  
 125 RUE DE STALINGRAD  
 93009 BOBIGNY CEDEX

FINESS : 930100037

Poste : T224-AVC-TE N°15  
 Service : Traitements externes  
 Tel du service : 01 48 95 57 90  
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du LUNDI au  
 VENDREDI

AKHRIFF KHALIL  
 10 ALLEE JEAN BAPTISTE COROT  
 95200 SARCELLES

NIP



Patient	Date de paiement
AKHRIFF KHALIL 10 ALLEE JEAN BAPTISTE COROT 95200 SARCELLES	: 15.01.2020
	Total montant dû : 407,81 €
	Dont TVA : 0,00 €
	Total déjà acquitté : 0,00 €
	Montant payé : 407,81 €
	Montant annulé : 0,00 €
	Restant dû : 0,00 €

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
72		ADI - ACTES D'IMAGERIE		14/01/20	1,00	268,87		268,87	100,00		268,87	
72		ADI - ACTES D'IMAGERIE		14/01/20	1,00	132,64		132,64	100,00		132,64	
24		AMI - ACTES INFIRMIERS		14/01/20	2,00	3,15		6,30	100,00		6,30	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;  
 P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

## Mode de règlement

Numéraire : 407,81 euros

Cachet de l'hôpital et signature du caissier

**Hôpital AVICENNE**  
 93009 BOBIGNY CEDEX  
 TRAITEMENTS EXTERNES  
 Tél. 01 48 95 57 90  
 Fax 01 48 95 57 93  
 Fermé WE et jours fériés

Bobigny, le 16/12/2019

**HOPITAL UNIVERSITAIRE  
AVICENNE**

125, Rue de Stalingrad  
93009 BOBIGNY Cedex  
Standard: 01 48 95 55 55

**SERVICE DE  
MEDECINE NUCLEAIRE**

Bâtiment LAVOISIER  
1<sup>er</sup> étage  
(Secteur Jaune, Porte 17)

Pr N. SELLIER  
Chef de Service Imagerie

Pr M. SOUSSAN  
Responsable médical

Dr G. POP  
Dr J-L. GALAS  
Dr L. GOLDFARB  
Dr M. HOMMADA  
Dr M-L. DUMUIS  
Dr S. ZALILA  
Dr Z. KHAYAT  
Dr L-M. SOMJA  
M Y. LALATONNE

**Radiopharmacien**  
Dr V. De BECO

**Cadre de Santé**  
M S. JACQUES  
M N. BOUKADA

**Radiophysicien**  
Mme C. BOUCHARD  
M R. SAUVINET

**Radioprotection**  
Mme S. EL KAOUECHE

**Accueil et Rendez-vous**  
Tel : 01 48 95 56 94  
Fax : 01 48 95 56 98

**Secrétariat**  
Tel : 01 48 95 56 91

[medecine.nucleaire.avicenne@aphp.fr](mailto:medecine.nucleaire.avicenne@aphp.fr)

**Mr AKHRIF Khalil  
10 ALLEE JEAN BAPTISTE COROT**

**95200 SARCELLES**

Nous confirmons M AKHRIF Khalil  
A rendez vous dans le service de :

<b>Médecine Nucléaire</b>	
<b>Bâtiment Lavoisier – Porte 17 – 1<sup>er</sup> étage</b>	
<b>Le 14/01/2020 A 10:00 et</b>	<b>Le 15/01/2020 A 8 :00</b>

Pour un Octréoscan.

Prendre un petit déjeuner.  
Si vous êtes diabétique prendre votre traitement

**Apporter le jour de l'examen :**

- **1 Pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport, Permis de Conduire, Carte de Séjour)**
- **Carte vitale et Carte mutuelle**

Prévoir d'emporter une collation à prendre après l'examen (uniquement pour le 1 <sup>er</sup> jour de l'examen)
---

**En cas d'impossibilité, veuillez nous téléphoner au 01.48.95.56.94.**

Merci.

**Accès :**



Arrêt Hôpital Avicenne

Bobigny – Pablo Picasso puis Tramway Direction St Denis

La Courneuve 8 mai 1945 puis Tramway Direction Noisy Le Sec



## FICHE D'INFORMATION POUR LES PATIENTS VENANT PASSER UNE SCINTIGRAPHIE

Il vous a été prescrit une scintigraphie *Octreo Scan*

### I/ COMMENT CELA SE PASSE-T'IL ?

Une petite quantité d'un produit radioactif, spécifique d'un organe, est injectée le plus souvent dans une veine du bras. Après l'injection, un délai est nécessaire avant la réalisation des images (délais variables de 5 mn à 3h en fonction de l'examen).

L'appareil qui prend les clichés s'appelle une gamma caméra. Il se déplace autour de vous, pour obtenir des images de qualité.

Pendant la scintigraphie, vous restez immobile, assis(e) ou allongé(e) selon le besoin. Généralement, vous restez habillé(e), en retirant tout objet métallique.

La prise de clichés peut durer de quelques minutes à une heure. Ne vous inquiétez pas si l'on prend beaucoup d'images, c'est pour obtenir la meilleure représentation possible de l'organe examiné.

### II/ L'EXAMEN EST-IL DANGEREUX ?

**Non**, car la très faible quantité de substance injectée est non toxique, indolore et ne provoque pas d'allergie.

### III/ PRECAUTIONS A PRENDRE :

**Si vous êtes enceinte, si vous avez un retard de règles ou si vous allaitez  
vous devez le signaler au personnel avant l'injection ;  
des précautions doivent être prises.**

### IV/ APRES L'EXAMEN ?

Vous pourrez vous alimenter normalement et reprendre toutes vos activités (conduire, travailler ...)

On vous recommandera de boire plus que d'habitude afin d'éliminer plus vite et plus facilement le peu de radioactivité qui subsiste après l'examen.

De même, vous éviterez de vous tenir à moins d'un mètre des enfants et des femmes enceintes :

- Pendant 24 heures après la scintigraphie réalisée avec : ☐ (<sup>99m</sup>Tc, <sup>123</sup>Iode, <sup>18</sup>F FDG)
- Pendant 4 jours après la scintigraphie réalisée avec : ☐ (<sup>111</sup>Indium, <sup>201</sup>Thallium)
- Pendant 3 jours après le balayage réalisé avec : ☐ (<sup>131</sup>Iode gélule)

Vous éviterez également de prendre les transports en commun de longue durée (> à 1h)

Veillez, après chaque passage aux toilettes, à tirer 2 fois la chasse d'eau et à essuyer les éventuelles éclaboussures sur le rebord de la cuvette des WC.

Se laver les mains après chaque passage aux toilettes.

**NB : Si vous utilisez des protections urinaires jetables, veuillez nous le signaler.**

Afin de ne pas nuire à l'environnement, il est nécessaire de stocker les protections souillées pendant au minimum 3 jours, avant de les éliminer normalement dans les ordures ménagères.

**Si vous êtes hospitalisé(e), le personnel qui vous prend en charge  
a été prévenu des précautions à prendre.**

## SCINTIGRAPHIE A L'OCTREOSCAN

ib

**De M. AKHRIEF KHALIL**

**Né(e) 13/11/1954**

**NIP : 8013187830**

**Effectuée le 14/01/2020**

**N° dossier : 117380**

**Dr TACHFINE**

**Centre al kindy**

**24 rue al kindy**

**99350 CASABLANCA**

**INDICATION :** Réévaluation d'une tumeur neuroendocrine de grade II avec un KI 67 à 20%, après 6 mois de Somatuline.

Examen comparé à celui réalisé les 9 et 10 juillet 2019.

### **PROTOCOLE :**

Injection de 158 MBq d'Octreoscan (<sup>111</sup>In-pentétréotide). Acquisition des images planaires (tête, cou, thorax, abdomen, bassin) 24H post-injection sur une caméra SIEMENS SYMBIA T2, suivi d'une SPECT/TDM sur le thorax et l'abdomen.  
(CDTI : 2.64 mGy, DLP = 206 mGy.cm)

### **DESCRIPTION :**

#### **Etage thoracique :**

Discrète majoration en taille de la masse pulmonaire lobaire inférieure gauche fortement hyperfixante de 47x44mm versus 41x36 mm dans le plan axial.

Pas d'autre foyer pulmonaire hyperfixant suspect.

Apparition d'un foyer hyperfixant hilaire droit d'allure ganglionnaire.

Persistance d'une fine lame d'épanchement péricardique.

#### **Etage abdomino-pelvien :**

Pas d'anomalie de fixation des chaînes ganglionnaires abdomino-pelviennes et viscérale sous diaphragmatique.

Elimination biliaire du traceur physiologique.

#### **Système ostéo-articulaire :**

Majoration en étendue de certaines lésions osseuses condensantes hyperfixantes, notamment d'une lésion condensante de l'arc postérieur de la 4<sup>ème</sup> cote gauche.

Apparition d'un foyer hyperfixant du corps du sternum.

Globale stabilité d'autres lésions condensantes notamment ; celles de la branche ischio pubienne gauche, du col fémoral gauche ou de l'aileron sacré droit.

### **CONCLUSION :**

**Majoration du volume de la masse pulmonaire lobaire inférieure gauche restant fortement hyperfixante.**

**Progression métabolique ganglionnaire hilaire gauche et osseuse.**

**Dr Margot PLAYE**

**Pr Michaël SOUSSAN**