

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0030045

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 461 Société : DAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : DECIDE
Nom & Prénom : JAMER MOHAMED
Date de naissance : 01/01/1932
Adresse : HAY INADA 1. Rue 18 N° 21
Tél : 0668194344 Total des frais engagés : 2679,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. ALLOUANE Mohamed Amin, Spécialiste en O.R.L. et Chirurgie de la Voix et de la Parole, Casablanca 10 88 02 35]
Date de consultation : 05/01/2022
Nom et prénom du malade : JAMER MOHAMED (AKA MINA) Age : 80
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION O.R.L.
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 : Casablanca Le 01/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
08/11/2022		03 gdh		
11/11/22		03 gdh		

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
08/11/2022		03 gdh		
11/11/22		03 gdh		

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CASA RADIOLOGIE Dr BENYACHOU 149, Bd. Abdelmoumen - Casablanca 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 31 67 46 72	10/11/22	IRM Cerebrale	2500 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CASA RADIOLOGIE Dr BENYACHOU 149, Bd. Abdelmoumen - Casablanca 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 31 67 46 72	10/11/22	IRM Cerebrale	2500 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CASA RADIOLOGIE Dr BENYACHOU 149, Bd. Abdelmoumen - Casablanca 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 31 67 46 72	10/11/22	IRM Cerebrale	2500 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CASA RADIOLOGIE Dr BENYACHOU 149, Bd. Abdelmoumen - Casablanca 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 31 67 46 72	10/11/22	IRM Cerebrale	2500 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CASA RADIOLOGIE Dr BENYACHOU 149, Bd. Abdelmoumen - Casablanca 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 31 67 46 72	10/11/22	IRM Cerebrale	2500 dh

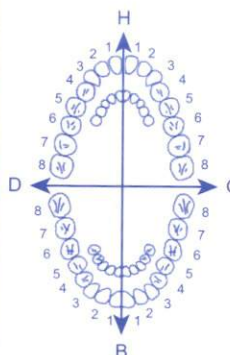
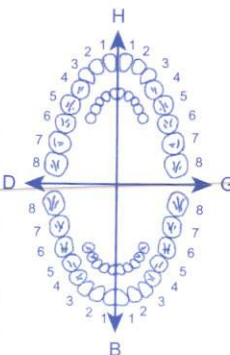
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
						DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

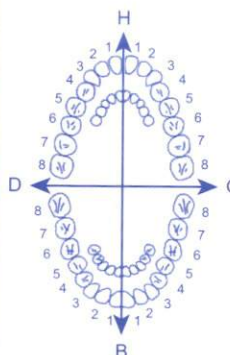
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

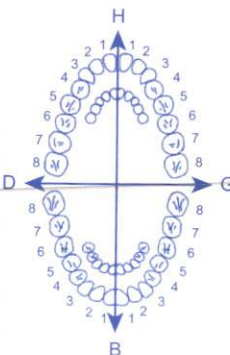
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

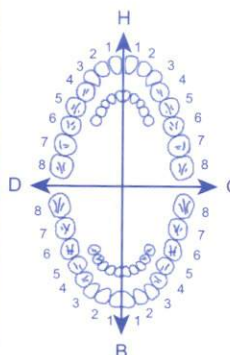
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

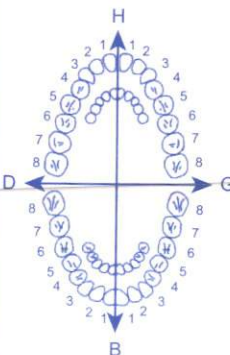
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE							
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H							
	25533412 00000000	21433552 00000000						
	B							
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	G		00000000 35533411	00000000 11433553			
	G							
	00000000 35533411	00000000 11433553						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

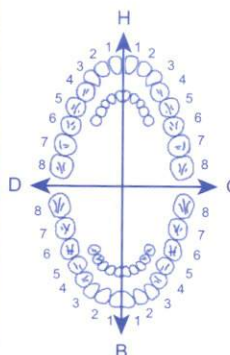
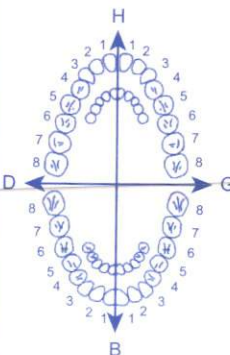
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>												
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>											
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>												
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>												
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>											
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

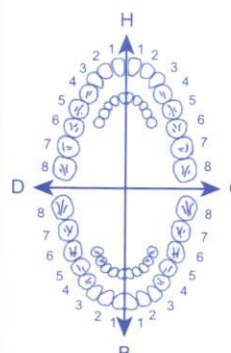
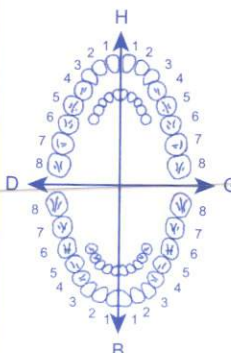
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>												
						DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>											
						FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>													
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

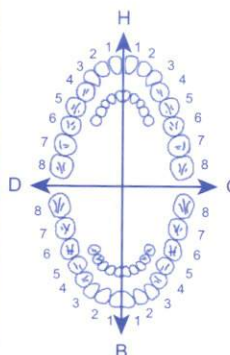
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

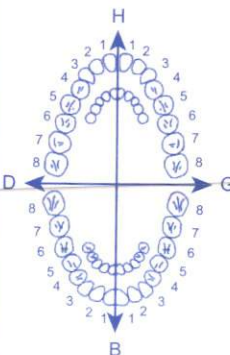
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">D G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D G											
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

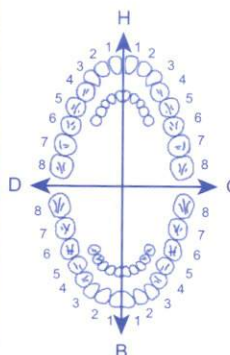
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

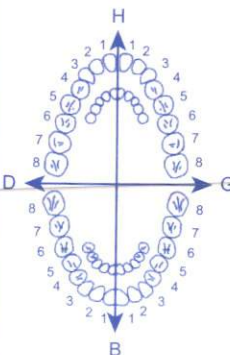
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca



Spécialiste de la Thyroïde
أخصائي الغدة الدرقية

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
غشت الدار البيضاء

Casablanca le : _____ :الدار البيضاء في:

11 Novembre 2022

LOT: 261/PER: 09/2025
PPC: ES.10 DHS

Mme AIYAD MINA

OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

OROPROPOLIS

1 pulv x 4/ jour pendant 5 jours

DEROXAT 20 MG

1 comprimé par jour pendant 3 mois

XANAX 0.5

1/2 comprimé le soir pdt 1 mois.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 649077
6 118001 140237

PHARMACIE CHARM CHEIKH SAAD
N  600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 19



- Traitement de la surdité
 - Chirurgie de la thyroïde
 - Traitement du vertige
 - Prise en charge du ronflement
 - Rhinite Allergique
 - Chirurgie endoscopique
 - Ancien médecin à l'hôpital
- 20 Aout Casablanca



Spécialiste de la Thyroïde
أخصائي الغدة الدرقية

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
- غشت الدار البيضاء

Casablanca le : 08 Novembre 2022

Mme AIYAD MINA

Age : 80 ANS

ATCD:

VERTIGES CHRONIQUE + ACOUPHENE

I R M CEREBRAL

CASA RADIOLOGIE
Dr BENYACHOU

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haïfa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35





Casablanca, le 10/11/2022

FACTURE :12211/2022

Nom & Prénom : AIYAD MINA

Examen(s)	
IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	2500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
deux mille cinq cents (2500 DH)

**CASA RADIOLOGIE
Dr BENYACHOU**
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72



Casablanca le 10/11/2022

Médecin Traitant : **DR M. A. ALLOUANE**
Nom du patient : **MME AIYAD MINA**
Examen Réalisé : **IRM CEREBRALE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Bilan de céphalées et vertiges chroniques.

TECHNIQUE:

Examen réalisé en transverse diffusion avec étude d'ADC, transverse T2 FLAIR et T2*, sagittale T1, coronale T2, transverse T2 SPACE ISO sur les angles ponto-cérébelleux et 3D TOF artériel.

RESULTATS:

Pas de ptose amygdalienne.
Pas de lésion sur le tronc cérébral ni sur le cervelet.
Le IV ventricule est en place, non dilaté.
Citernes de la base libres.
Corps calleux de signal homogène.
Aspect de selle turcique vide : arachnoïdocèle.
Pas de syndrome de masse des hémisphères cérébraux.
Pas de foyer d'AVC hémorragique ni ischémique des hémisphères cérébraux.
III ventricule et ventricules latéraux en place, non dilatés.
Atrophie corticale avec aspect élargi des vallées sylviennes et des circonvolutions cérébrales.
Présence de petits foyers en hypersignal FLAIR banaux des hémisphères cérébraux.
Pas d'anomalie sur les artères du polygone de Willis.
Pas de processus occupant des angles ponto-cérébelleux.
Pas d'anomalie sur les paquets acoustico-faciaux.
Les sinus et les rochers sont pneumatisés de façon normale.

CONCLUSION:

*Pas de syndrome de masse de la fosse postérieure ni des hémisphères cérébraux.
Pas de foyer d'AVC hémorragique ni ischémique.
Atrophie cérébrale corticale et aspect de selle turcique vide : arachnoïdocèle.*