

# 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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

169267

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8159</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BEN BECIA NADRA</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Age: _____	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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.	

**MUPRAS**  
24 JUIL. 2023  
ACCUEIL  
IBOUZAACHANE

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W21-645361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2159

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBETLA NAZLA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06938550

Total des frais engagés :

rhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-645361

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
18/07/2023	consultation	11-104,51	INP : 11-104,51	
20/07/2023	consultation	100,69	INP : 100,69	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

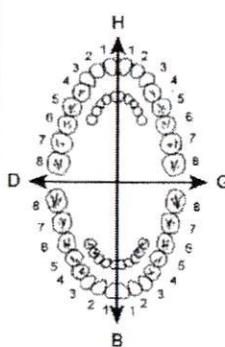
### Important:

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

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATIFIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<input type="checkbox"/>		00000000	00000000	35533411		11433553	<b>G</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>	
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<input type="checkbox"/>															
00000000	00000000														
35533411															
11433553	<b>G</b>														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> <b>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>													
		<b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>													
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

وصفة طبية  
Ordonnance

18/07/2023

Casablanca, le :

Ben Bella NADIA

- Rx du lende de FIP

1

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr. Khalid EL YAMANI  
Spécialiste en Anesthésie-Réanimation  
Médecine d'Urgence - Soulagement de la Douleur  
091060848

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **100 869** / 2023 du **20/07/2023**

Nom patient : **BEN-BELLA NADRA Epse AZZAOUI**

Entrée **18/07/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/07/2023**

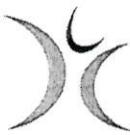
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
SCANNER CEREBRAL	1,00		1 500,00	1 500,00
RADIOGRAPHIE DU COUDE DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DU BASSIN	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
JOURNÉE D'HOSPITALISATION EN REANIMATION	2,00		2 000,00	4 000,00
ANGIOSCANNER UNE REGION	1,00		2 500,00	2 500,00
EXAMENS BIOLOGIE <i>X</i>	1,00	B0380	456,00	456,00
			Sous-Total	9 296,00
PHARMACIE (en sus)	1,00		608,52	608,52
			Sous-Total	608,52
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>9 904,52</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. RÉANIMATION POLYV (anesthésie-réani)	2,00		900,00	1 800,00
			Sous-Total	1 800,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 800,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

ONZE MILLE SEPT CENT QUATRE DIRHAMS CINQUANTE-DEUX CENTIMES	<b>Total</b>	<b>11 704,52</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	24 480,00	24 480,00	-12 775,48





### Compte Rendu d'Hospitalisation

Identification du Patient	Information sur le Séjour
<b>Nom :</b> BEN-BELLA	<b>Médecins traitants :</b> Pr EL YAMANI      Pr MAOUNI
<b>Prénom :</b> NADRA	<b>Hospitalisation :</b> Réanimation polyvalente <b>Réa poly :</b> 18/07/2023 au 20/07/2023

**Identité :** Patiente âgée de 79 ans

**Motif d'admission :** Surveillance suite à une agression ayant occasionné un traumatisme crânien avec hémorragie méningée (patiente sous anti-vitamine K + Aspirine).

**Antécédents :**

- Arythmie complète par fibrillation auriculaire, sous traitement : Warfarine, Asprine
- HTA sous béta-bloquants
- Dyslipidémie sous Statine

**Histoire de la maladie :**

L'histoire remonte au 18/07 vers 10h du matin lorsque la patiente a été agressée pour un vol à l'arrachée : elle a été propulsée et a fait une chute avec point d'impact crânien, au niveau du bassin et du coude gauche. Pas de notion de perte de connaissance initiale, ni de vomissements.

Elle est admise dans notre structure par le service d'accueil des urgences.

**Admission aux urgences :**

**Constantes vitales :**

Tension artérielle : 179/83 Fréquence cardiaque : 76 Saturation en oxygène : 96%

Glycémie capillaire : 1g16 GCS : 15/15

**Examen clinique :**

Patiente stable sur le plan hémodynamique, respiratoire

Patiente bien orientée dans le temps et dans l'espace, ne présente pas de déficit moteur ou sensitif.

Pupilles symétriques, réactives.

Plaie du scalp suturée aux urgences avec un hématome sous-galéal.

Abdomen souple, pas sensibilité ni de contracture

**Examens paracliniques :**

Scanner cérébral non injectée réalisée 4H après le traumatisme :

**Hémorragie sous-arachnoïdienne de la faux du cerveau latéralisée à droite.**

Radiographie du coude gauche de face et de profil :

Déminéralisation osseuse diffuse. Articulation du coude de morphologie normale. Absence d'anomalie des parties molles. Absence de lésions de nature traumatique.

Radiographie du bassin de face :

Absence de trait de fracture visible sur cette incidence. Déminéralisation osseuse diffuse. Absence d'anomalie des parties molles. Aspect à confronter à la clinique.

Radiographie du rachis cervical de profil :

Pas de trait de fracture visible.

**Bilan biologique :**

Hémoglobine : 11.5g/dL Leucocytes : 11 700 éléments/mm<sup>3</sup> Plaquettes : 183 000

TP : 16.8% INR : 4.01 TCA sujet/témoin : 1.58



CASABLANCA, le 19/07/2023

PATIENT : AZZAoui NADRA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Angio-scanner une région**

IPP : **H0123021485**

DATE NAISSANCE : **26/06/1944**

NUMERO DOSSIER : **2300717696**

### ANGIO SCANNER CEREBRAL

**TECHNIQUE :** Examen réalisé par un scanner multi barrettes, avant et après injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

#### **RESULTATS :**

- Absence de foyer ischémique ou hémorragique sus ou sous tentoriel.
- Hyperdensité spontanée du bord droit de la tente du cervelet en rapport avec une hémorragie sous durale.
- Foyer d'hypodensité insulaire et pariétale droit d'allure séquellaire.
- Absence d'hémorragie méningée à l'étage sus tentoriel.
- Structures médianes en place.
- Le polygone de Willis est perméable sans dilatation anévrismale ni sténose.
- Absence de malformation artéio veineuse.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- Hématome du scalp pariétal gauche.

#### **CONCLUSION :**

Hémorragie du bord droit de la tente du cervelet sans image d'anévrisme ni malformation artéio veineuse intra crânienne.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr SALAM**



Coller Etiquette

2300717696 / H0123021485  
Prénom : NADRA

Nom : AZZAQUI  
DDN : 26/06/1944 E: 18/07/2023  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

BILAN

Age : 75 ans

Poids : ..... Kg

exe :  M  F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Patient victime d'une agression

• RADIO STANDARD : ① coude gauche

FACE

PROFIL

.....  
② .....  
.....

③ Rachis cervicale profil

• ECHOGRAPHIE : .....

• SCANNER : .....  
Céphalaze

Avec injection

Sans injection

Créat : .....

BHCG :  Positive

négative

• IRM : .....

Pacemaker  Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des  
urgences

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Dr. AIT ACHOUR Mohamed Amine  
Urgentiste

Le : 20/07/2023

Références 100 869 / 307201506450759055

PAYANT

Entrée / Sortie : 18/07/2023 - 20/07/2023

Le Dr. RÉANIMATION POLYVALENTE

présente à Mme BEN-BELLA NADRA Epse AZZAoui

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

1 800,00 Dhs (MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Pr. Khalifa Ibn Zaid, ANI  
Spécialiste en Anesthésie-Réanimation  
Médecine d'Urgence - Traitement de la Douleur  
091060848

Cachet et signature

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BEN-BELLA NADRA Epse AZZAO N° Facture 100 869 2300717696

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg Injecta (05)	1	6,34	6,34
BETADINE 10% 125ml Solutio (01)	1	15,60	15,60
CHLORURE DE SO 0,9%Po250 Injecta (01)	17	9,00	153,00
CHLORURE DE SO AMPOUL 10% 10ml Injecta (	1	2,80	2,80
CLOPRAUME 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
EXACYL 0,5g Injecta (05)	1	5,54	5,54
GLUCONATE DE CALCIUM 10% Injecta (50)	0	3,63	0,00
KONAKION MM 10mg Injecta (05)	0	8,26	0,00
MAXICLAV 1g/125 mg Sachet (24)	2	95,40	190,80
MAXICLAV 1g/200 mg Injecta (01)	4	24,90	99,60
MODINE 30mg Comprim (30)	1	81,60	81,60
NICARDIPINE A 10mg/10ml Injecta (10)	1	9,61	9,61
PARACETAMOL NORMON 1G INJECTA (50)	3	14,08	42,24
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>608,52</b>
		<b>Total pharmacie</b>	<b>608,52</b>

Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contact@imp-ck.ma  
 N°IMP 090681862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL SHEIKHA  
KHADIJA

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيف خديجة



2300717696 / H0123021485  
Prénom : NADRA Epse AZZAOU  
Nom : BEN-BELLA  
DDN : 26/06/1944 E: 18/07/2023  
Service : REANIMATION (C075)

PAYANT  
Sexe: F

Casablanca, le :

19/07/2023

Patient âgé de 79 ans

Suivi pour ACFA sous ATC (Warfarin) + Aspirine  
HTA admise pour Hemorragie Meningée

angio  
faire sur Scanner cérébral

Hôpital Universitaire International Sheikha Khadija  
Médecin Resident Dr EL GOUBI MANAJ  
Anesthésie-Reanimation  
090061862

Le : 20/07/2023

Références 100 869 / 307201506450759055

PAYANT

Entrée / Sortie : 18/07/2023 - 20/07/2023

Le Dr. RÉANIMATION POLYVALENTE

présente à Mme BEN-BELLA NADRA Epse AZZAoui

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

1 800,00 Dhs (MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Khalifa Ibn Zaid  
Spécialiste en Anesthésie-Réanimation  
Médecine d'Urgence - Traitement de la Douleur  
091060848

Cachet et signature

## NOTE D'HONORAIRES

Date : 20/7/23 Heure : .....



2300717696 / H0123021485



Prénom : NADRA Epse AZZAOU PAYANT  
Nom : BEN-BELLA  
DDN : 26/06/1944 E: 18/07/2023  
Sexe: F  
Service : REANIMATION (C075)

NOM ET PRENOM DU MALADE (ETIQUETTE S.V.P) : .....

MEDECIN : .....

TYPE DE L'ACTE : Admission en N° de P

Sojor N° P du : 18/7/23  
20/7/23



VISA ET CACHET DU MEDECIN



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL SHEIK  
HUICK

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيف خديفة



2300717696 / H0123021485  
Prénom : NADRA Epse AZZAOU  
Nom : BEN-BELLA  
DDN : 26/06/1944 E: 18/07/2023  
Service : REANIMATION (C075)

PAYANT  
Sexe: F

Casablanca, le :

19/07/2023

Patient âgée de 79 ans

Suivie pour ACFA sous ATC (Warfarin) + Aspirine  
HTA admise pour Hemorragie meningo

angio  
faire sur Scanner cérébral

Hôpital Universitaire International Chakha Khalil  
Médecin Résident Dr. EL GOUBI MANAI  
Institut de Reumatologie  
090061862



2300717696 / H0123021485  
**Prénom :** NADRA Epse AZZAOU  
**Nom :** BEN-BELLA  
**DDN :** 26/06/1944 **E:** 18/07/2023  
**Service :** REANIMATION (C075)

PAYANT  
Sexe: F

CASABLANCA, le 19/07/2023

PATIENT : AZZAC

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Angio-scanner une région**

IPP : **H0123021485**

DATE NAISSANCE : **26/06/1944**

NUMERO DOSSIER : **2300717696**

### **ANGIO SCANNER CEREBRAL**

**TECHNIQUE :** Examen réalisé par un scanner multi barrettes, avant et après injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

#### **RESULTATS :**

- Absence de foyer ischémique ou hémorragique sus ou sous tentoriel.
- Hyperdensité spontanée du bord droit de la tente du cervelet en rapport avec une hémorragie sous durale.
- Foyer d'hypodensité insulaire et pariétale droit d'allure séquellaire.
- Absence d'hémorragie méningée à l'étage sus tentoriel.
- Structures médianes en place.
- Le polygone de Willis est perméable sans dilatation anévrismale ni sténose.
- Absence de malformation artério veineuse.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- Hématome du scalp pariétal gauche.

#### **CONCLUSION :**

Hémorragie du bord droit de la tente du cervelet sans image d'anévrisme ni malformation artério veineuse intra crânienne.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr SALAM**





PATIENT : AZZAOUI NADRA  
IPP : **HO123021485**  
NUMERO DOSSIER : **2300717696**

CASABLANCA, le 18/07/2023.

### TDM CEREBRALE

#### TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

#### RESULTATS :

##### ○ A l'étage sus tentoriel :

- Absence de lésion parenchymateuse d'origine traumatique au niveau de la substance blanche et de la substance grise.
- Structures médianes en place.
- Quelques hypodensités en plage de la substance blanche périventriculaire pouvant être en rapport avec la leucoaraïose.
- Atrophie cortico-sous-corticale comme en témoigne l'élargissement des sillons corticaux et la dilatation ventriculaire.
- Hématome du scalp en pariétal gauche sans trait de fracture osseux en regard.

##### ○ A l'étage sous tentoriel :

- hémorragie méningée de la tente du cervelet latéralisé à droite.
- Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- Absence de trait de fracture.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr CHBANI - Dr CHERKAOUI**



CASABLANCA, le 18/07/2023

PATIENT : AZZAQUI NADRA

IPP : H0123021485

NUMERO DOSSIER : 2300717696

### Rx DU RACHIS CERVICAL PROFIL

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Rectitude rachidienne cervicale.
- Arthrose rachidienne étagée.
- Absence de trait de fracture visible dans la limite de cet examen.
- Absence du recul du mur postérieur.
- Parties molles pré vertébrales d'épaisseur normale.
- A confronter aux données cliniques.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Pr CHBANI – Dr CHERKAOUI**



CASABLANCA, le 18/07/2023

PATIENT : AZZAoui NADRA  
IPP : H0123021485  
DATE NAISSANCE : 26/06/1944  
NUMERO DOSSIER : 2300717696

## **RX COUDE FACE/PROFIL**

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Articulations du coude morphologie normale.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Absence de lésion de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr CHBANI – Dr CHERKAOUI**



CASABLANCA, le 18/07/2023

PATIENT : AZZAOUI NADRA

IPP : **H0123021485**

DATE NAISSANCE : **26/06/1944**

NUMERO DOSSIER : **2300717696**

## **Rx DU BASSIN FACE**

- Absence de trait de fracture visible sur cette incidence.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Aspect à confronter à la clinique.

En vous remerciant de votre confiance  
Signé : **Pr CHBANI – Dr CHERKAOUI**