

## 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 Angie 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

N° W19-572593

54296

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MEUNISSI D. Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ☒

Nom & Prénom : MEUNISSI DRISS.

Date de naissance : 1-7-40

Adresse : RUE ATN ASSELDOUNE INN: 9° HAY

ASSALAN (EX. P.I.U.) CASA

Tél. : 0522363554 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

0697581411

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/13

Nom et prénom du malade : EL MANASSER KALIM Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : laxotide + PAV + Pen + Age

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 : M. S. Le : 29/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

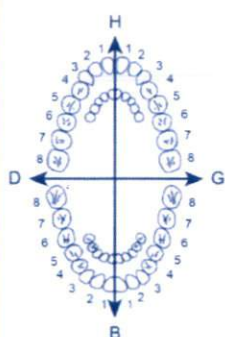
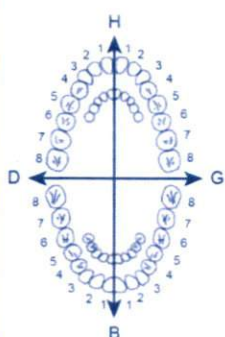


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.09.2008	g	WT		INP : 0 3 2 6 4 7 7

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
	23.09.2008	Ana 2 sur 2 de TSA	8300,00
	23.09.2008	8.7.80	1056,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 30-09-2020

Facture N° 18448/20

## A. Identification

N° Dossier : CJO20I23084549A

N° Identifiant : 031162/20

Nom & Prénom : Mme EL MANSOUR HALIMA

C.I.N : B198635

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-09-2020

Date Sortie : 30-09-2020

Médecin traitant : DR. JIRARI AMINE

Traitement : CAROTIDE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	ANGIOSCANNER DES TSA		2 800,00			2 800,00
						Total Rubrique :
						2 800,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>LABO EXTERNE</b>						
1	HPC LABO		1 056,95			1 056,95
						Total Rubrique :
						1 056,95
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
						1 056,95
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>3 856,95</b>

TROIS MILLE HUIT CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUINZE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Av. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 13.09.2024

EL MANSOUR HALIM,

- Andissamen des Tst.

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Bd. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Dr. Mehdi OUZZANI  
Anesthésie - Réanimateur  
Clinique JERRADA OASIS  
Tél : 05 22 23 81 82

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 99 37 48





Casablanca, le 23/09/2020

PATIENT : EL MANSOUR HALIMA

### ANGIO SCANNER DES TSA

#### TECHNIQUE

Acquisitions hélicoïdales sur les troncs supra-aortiques avec reconstructions MIP et 2D.  
Coupes encéphaliques.

#### RESULTATS:

##### **Au niveau encéphalique:**

Absence d'anomalie d'hématome sur l'encéphale, le tronc cérébral et le cervelet.  
Absence d'anomalie morphologique des éléments du polygone de Willis.  
Aorte horizontale discrètement infiltrée, de calibre normale (32mm dans son diamètre transversale) et perméable.

##### **Étude des axes à droite:**

Aspect perméable à l'origine du TABC, de la carotide primitive et de la sous Clavière sans sténose significative.

Plaque athéromateuse bulbaire et post bulbaire, siège de quelques calcifications, épaisse de 3mm et longue de 25mm, réalisant une sténose modérée évaluée à 51% en surface et 31% en diamètre selon les critères NASCET.

Aspect perméable de la carotide interne intra-pétreuse et intracrânienne sans sténose significative notable.

Aspect grêle et hypoplasique de la vertébrale.

##### **Étude des axes à gauche:**

Aspect perméable de la carotide primitive à son origine et de la sous Clavière sans sténose significative.

Plaque athéromateuse bulbaire et post bulbaire, irrégulière siège de quelques calcifications, épaisse de 2.5mm et longue de 30mm, réalisant une sténose très serrée évaluée à 87% en surface et 64% en diamètre selon les critères NASCET.

Aspect perméable de la carotide interne intra-pétreuse et intracrânienne sans sténose significative notable.

Pas de sténose significative sur la vertébrale.

#### CONCLUSION

**Plaque athéromateuse bulbaire et post bulbaire gauche, irrégulière réalisant une sténose très serrée évaluée à 87% en surface et 64% en diamètre selon les critères NASCET.**

**Plaque athéromateuse bulbaire et post bulbaire droite réalisant une sténose modérée évaluée à 51% en surface et 31% en diamètre selon les critères NASCET.**

**Polygone de Willis perméable.**

Merci de votre confiance.

**Medecin:**

JIRARI AMINE  
Medecin  
CLINIQUE JERRADA OASIS

**Patient:**

Mme EL MANSOUR HALIMA  
Naissance le 01-01-46  
CASA  
CASA  
0673413802

**Prélèvement du 23-09-20 à 10:02****Organisme :** MUPRAS**N° d'admission :** CJO20I23084549**N° de prescription :** 25959**Service :** 5eme ETG -UNITE DES SOINS INTENSIFS-CARDIO**Traitement :** CAROTIDE**Analyses demandées:**

Identifiant	Libellé de l'analyse	Type	Loc.
HIV	SEROLOGIE HIV I ET II		Interne
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE		Interne
UREE	UREE		Interne
CREA	Créatinine		Interne
IONO	IONOGRAMME SANGUIN		Interne
GS	GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS		Interne
TP	TAUX DE PROTHROMBINE		Interne
TCA	TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE: TCA		Interne
ASAT	GOT/ASAT		Interne
ALAT	GPT/ALAT		Interne

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR

F 01-01-46



Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR HALIM  
F 01-01-46  
23-09-20 10:02



xxxx0000

xxxx0000  
Dr JIRARI  
Mme EL MANSOUR

F 01-01-46  
23-09-20 10:02

xxxx0000

279, BD Chefchaoui Aïn Sebaâ - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hp-casablanca.ma

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE  
Dr. MRABET Mustapha  
Médecin Biologiste

dh  
AKDITAL

Honoraires

Casablanca , le 24/09/2020

Dossier N°: 230920-594 du: 23/09/2020

Clinique JERRADA OASIS

Médecin Dr: MJAHEID KHALID

Matricule : 30145 N°Chambre

Patient : Mme EL MANSOUR HALIMA

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
GROUPE SANGUIN ET RHESUS	100	134,000
Créatinine	30	40,200
UREE	30	40,200
IONOGRAMME SANGUIN	160	214,400
GOT/ASAT	50	67,000
GPT/ALAT	50	67,000
TAUX DE PROTHROMBINE	40	53,600
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE: TCA	40	53,600
SEROLOGIE HIV I ET II	200	268,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750

Total B 780

Total en dirhams 1 056,95

SERVICE LABORATOIRE  
HOPITAL PRIVÉ DE CASABLANCA  
INPEC: 09006321  
279, Bd. Chefchaoui Aïn Sebaâ





Casablanca, le 24/09/2020

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 230920-594

Pvt du: 23/09/2020 11:50

Mme EL MANSOUR HALIMA

IPP Patient : 30145/20

Patient Clinique : Clinique JERRADA OASIS

Prescrit par Dr MJAHER KHALID

Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

##### NUMERATION

Globules blancs	:	11430	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
Globules rouges	:	4,89	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 3,92 - 5,08 )
Hémoglobine	:	12,70	g/dl	( 11,9 - 14,6 )
Hématocrite	:	39,00	%	( 36,6 - 48 )
VGM	:	79,80	fL	( 82,9 - 98 )
TCMH	:	26,00	pg	( 27 - 32 )
CCMH	:	32,60	g/dl	( 32 - 36 )
Plaquettes	:	321 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )

##### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	74,9 %	Soit	8561/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )
Lymphocytes	:	18,1 %	Soit	2068/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	:	5,1 %	Soit	582/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,4 %	Soit	160/mm <sup>3</sup>	( 50 - 500 )
Polynucléaires Basophiles	:	0,5 %	Soit	57/mm <sup>3</sup>	( 10 - 70 )

#### GROUPE SANGUIN par méthode de Betn-vincent et Simonin sur gel ortho view

Groupe Sanguin ABO	:	A
Rhésus	:	POSITIF

### BIOCHIMIE SANGUINE

Valeurs Usuelles

Antériorité

##### CREATININE

:	8,31	mg/l	( 5 - 9 )
	73,54	μmol/l	( 44 - 80 )

##### UREE

:	0,32	g/l	( 0,1 - 0,5 )
	5,33	mmol/l	( 1,67 - 8,34 )

### IONOGRAMME SANGUIN

##### SODIUM

:	141	mEq/l	( 134 - 145 )
---	-----	-------	---------------

##### POTASSIUM

:	4,70	mEq/l	( 3,5 - 5 )
---	------	-------	-------------

SERVICE LABORATOIRE - 5  
HOPITAL PRINCE DE CASABLANCA  
279, Bd. Cherifia  
sebaa



			Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>CHLORE</u>	:	104 mEq/l	( 98 - 107 )	
<u>RESERVE ALCALINE</u>	:	27 mEq/l	( 22 - 29 )	
<u>PROTEINES TOTALES</u>	:	70,40 g/l	( 64 - 83 )	
<u>CALCIUM</u>	:	96,20 mg/l	( 81 - 104 )	
		2,41 mmol/l	( 2,02 - 2,6 )	
<u>GLYCEMIE A JEUN</u>	:	1,24 g/l	( 0,75 - 1,15 )	
		6,88 mmol/l	( 4,16 - 6,38 )	

**BILAN HEPATIQUE**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>GOT/ASAT</u>	:	14 UI/l	( Inférieur à 40 )	
<u>GPT/ALAT</u>	:	10 UI/l	( Inférieur à 34 )	

Aspect du sérum : Normal

**HEMOSTASE-COAGULATION**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>TAUX DE PROTHROMBINE</u>				
Patient	:	12,70 sec.		
Témoin	:	11,30		
<b>Taux de prothrombine</b>	:	81,00 %		
<u>TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE</u>				
Temps du patient	:	26,00 Sec	( 25 - 38 )	
Temps du témoin	:	33 Sec		
Ratio patient / témoin	:	0,79	( Inférieur à 1,2 )	

**IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE**SEROLOGIE HIV I - II : Négatif

(Technique : Recherche des anticorps anti-VIH1+2+O (Ag/Ab combo) par chimiluminiscence Architect c4100 )

Ratio S/CO=0.13

Absence d'AC antiVIH1+2+O au test de dépistage

SERVICE LABORATOIRE  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
N°PE : 09000632  
279, Bd. Chefchaouen, Casablanca  
Sebaa

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement