

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 - 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° W19-540393

66807

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000409 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUHSANE FATIMA

Date de naissance : 08/10/1963

Adresse : MISSIMI Rue 10 N°3 H1 CASABLANCA

Tél. : 0522909703 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Addi AARAB  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Centre International d'Oncologie - Casablanca  
Tél: 05 22 77 81 81 Fax: 05 22 99 65 74

Date de consultation : 12/03/2021

Nom et prénom du malade : BOUHSANE FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : Cholécystite aiguë avec pancréatite

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 : 12/03/2021

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   |
| 18/03/2011                     | S                 |                       | actuel                          | INP : 0910600911   |
|                                |                   |                       |                                 | Docteur Addi AARAB<br>Médecin Anesthésiste Réanimateur<br>Traitement de la Douleur<br>Centre International d'Oncologie - Casablanca<br>Tél: 05 22 99 77 81 / Fax: 05 22 99 65 74 |

| 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 |
| Clinique JERRADA OASIS<br>Service de Radiologie<br>CASABLANCA<br>Tél: 05 22 99 37 48 | 18/03/21 | B.L. + R.7                   | 3500 DA                |

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

Casablanca, le : 17/03/2021

Mme BOUHSANE Fatma

IRM pancréatique  
+ Bili IRM

- 78 ans  
RC = - Cholecystite aigue  
- Pancréatite aigue  
- cardiopathie ischémique





- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
- Echographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

LE 18/03/2021

PATIENT : **MME BOUHSANE FATIMA**  
PRESCRIPTEUR : **DR AARAB ADDI**

**BILI-IRM**

**INDICATION :** Patient âgé de 78 ans. Cholécystite aiguë+ pancréatite aiguë sur terrain de cardiopathie ischémique.

**TECHNIQUE :**

Séquences axiales T2 et diffusion.

Séquence radiaire, 3D bili, et dynamique de la papille.

Injection de contraste dynamique LAVA en coupes axiales et coronales.

**RESULTATS :**

Pancréas discrètement tuméfié au niveau de sa portion corporéocaudale mesurant 27 mm de diamètre antéropostérieur, rehaussé de façon homogène après injection de contraste, sans nécrose intraparenchymateuse individualisable.

Absence de coulée péripancréatique individualisable.

La vésicule biliaire est modérément distendue, à paroi fine et régulière sans anomalie endoluminale, notamment absence de lithiase.

Mise en évidence d'une image lacunaire arrondie, de contours réguliers, au sein du canal cystique, mesurant 4,5 mm de grand axe, en rapport avec une microlithiase.

La voie biliaire principale paraît fine et régulière sans image lacunaire visible en son sein.

Absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques.

Le canal pancréatique commun paraît de calibre normal, sans anomalie endoluminale.

Le foie est par ailleurs de taille normale, de contours réguliers, de signal homogène, sans lésion focale suspecte.

Les deux reins et la rate sont d'aspect IRM normal.

Absence d'épanchement péritonéal.

Absence d'adénopathies abdominales profondes de taille significative.

**CONCLUSION :**

**Aspect de pancréatite stade B selon la classification de Balthazar (CTSI estimé à 1 : Pancréatite peu sévère).**

**Microlithiase en regard du canal cystique sans signe d'obstruction des voies biliaires intra ou extrahépatiques.**

**Absence d'autre anomalie décelable à l'étage abdominal.**

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 18-03-2021

Facture N° 04872/21

## A. Identification

N° Dossier : CJO21C18080844

N° Identifiant : 041950/21

Nom & Prénom : Mme BOUHSANE FATIMA

C.I.N : B239699

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-03-2021

Date Sortie : 18-03-2021

Médecin traitant : DR. AARAB ADDI

Traitement :

| Qté  | Prestations | Observation | Prix U.  | L.C. | Coef | Total                  |
|--|-------------|-------------|----------|------|------|------------------------|
|  | RADIOLOGIE  |             |          |      |      |                        |
| 1  | BIL-IRM     |             | 3 500,00 |      |      | 3 500,00               |
| Total Rubrique :                           |             |             |          |      |      | 3 500,00               |
| PARTIE CLINIQUE :                          |             |             |          |      |      | 3 500,00               |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :      |             |             |          |      |      | 0,00                   |
| Arrêté la présente facture à la somme de : |             |             |          |      |      | TOTAL GENERAL 3 500,00 |

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

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