

# 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

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.

AS : 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

M22- N° 003874

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01266 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BABOU THARI  
 Date de naissance : 08/04/1952  
 Adresse : 12 bis R. Nouaffan ES DINE cam  
 Tél. : 0661420003 Total des frais engagés : # 418,00 DH - Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : 2 / 11 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : .....


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 02-11-2022 | 418,00                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

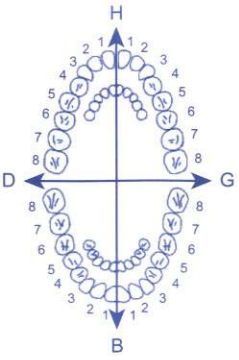
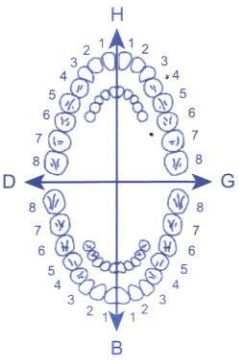
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                     | H                    | H   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|  | H   | H                   |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | 25533412  | 21433552            |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | 00000000  | 00000000            |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | D   | G                   |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | 00000000  | 00000000            |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | 35533411  | 11433553            |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | B   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     | MONTANTS DES SOINS   | <input type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     | DATE DU DEVIS        | <input type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|  |   |                     |                      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LE : 9 / 11 / 2022

NOM : BABOU TIANI

PRODUIT :

418,00



CLARISCAN 15 ml

**PHARMACIE ABOU ZAID**  
 S.A.R.L.  
 Rue 36 N°04, Massira 2-Bournazel  
 Casablanca

\* tel 0522 48 72 84 Fax 0522 71 30 79  
 0522 48 72 84



Boîte de 1 flacon de 15 mL.

A usage unique.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Lire la notice avant utilisation.

Reporter le nom du produit, le numéro du lot et la dose administrée dans le dossier du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur  
N° AMM: 162/19/DMP/21/

GE Healthcare



**Clariscan™**  
acide gadotérique

**0.5** mmol/mL

**Solution injectable**

**1 x 15 mL**

Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant  
GE Healthcare AS  
Nycoveien 1  
0485 Oslo, Norvège

**Clariscan™ 0.5 mmol/mL**  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg d'acide gadotérique, équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg d'acide gadotérique (sous forme de sel de méglimine), équivalent à 7,5 mmol.

Excipients : Méglimine, tetroxetan (DOTA), eau P.P.L.

7 037960 644169



EXP: 02-2024

Lot n°: 15831225

1199457 MAR

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml  
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml





**MR. BABOU THAMI**

**Au niveau de la zone transitionnelle :**

- Sur la séquence T2 (séquence dominante), on note de multiples nodules adénomateux, de signal T2 intermédiaire, cerclés d'un liseré en hyposignal T2, sans nodule suspect, classés PIRADS 2.
- Aspect normal du stroma fibreux musculaire antérieur et de la capsule prostatique.
- Saillie du lobe médian au niveau du trigone vésical.
- Aspect normal des vésicules séminales et de la paroi de la vessie.
- Absence d'adénopathie pelvienne ou lombo-aortique.
- Douglas libre.

**Conclusion :**

- Prostate augmentée de taille, présentant une hypertrophie adénomateuse, avec saillie du lobe médian au niveau du trigone vésical.
- Lésions PIRADS 4 de la zone périphérique, postéro-médiale gauche médio-prostatique et postéro-médiale droite médio-apico-prostatique. Plage basi-prostatique gauche, évoquant plutôt une asymétrie de la zone centrale qu'un nodule vrai, classée PIRADS 3.

**DR. BOUZIANE MOUNIA**

DR. BOUZIANE MOUNIA  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
**RADIOLOGIE ANOUAL**

Casablanca, le 02 Novembre 2022

**PR BENNANI SAAD**

**MR. BABOU THAMI**

## COMPTE RENDU

### IRM PROSTATIQUE

#### Indication :

72 ans / PSA à 10,63 ng/ml.

#### Technique :

IRM multiparamétrique, avec séquences centrées sur le pelvis en pondération T2 dans les trois plans de l'espace, axiales T2 Fiesta sur les aires ganglionnaires, séquences axiales T1 avec saturation de graisse, séquences après injection de produit de contraste avec soustraction, séquences axiales diffusion en pondération B1000 et B2000 centrée sur la prostate avec étude de l'ADC et en pondération B1000 sur l'ensemble du pelvis.

#### Résultat :

Prostate augmentée de taille, mesurant 60 x 60 x 48,5 mm, soit un volume estimé entre 85 et 90 ml et un index PSA calculé à 0,12.

#### Au niveau de la zone périphérique :

- Sur la séquence B2000 (séquence dominante), on note deux zones d'hypersignal diffusion avec restriction franche de l'ADC ; une au niveau de la zone postéro-médiale gauche, médio-prostatique, mesurant 10 mm de grand axe, présentant un rehaussement précoce ; l'autre au niveau de la zone postéro-médiale droite, à cheval de la prostate médiane et apicale, mesurant 7 mm de grand axe. Ces deux lésions sont numérotées respectivement 1 et 2 et classées PIRADS 4 (voir schéma annexe)
- On note, par ailleurs, au niveau basi-prostatique gauche, une zone d'hypersignal diffusion, avec restriction modérée de l'ADC, mesurée à  $864 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$  correspondant à 70 % de l'ADC total de la prostate, rehaussée après injection de produit de contraste, évoquant plutôt une asymétrie de la zone centrale qu'un nodule vrai, classé PIRADS 3 et numéroté 3.

.../...