

# 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 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 057041

137408

|  |                                       |                                  |                                 |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie              | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                           |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 10071  | Société : RAN                         | C O                              |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : BAKHTAR LAHOUA                            |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 30/06/1968                           |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :  |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0661915353 Total des frais engagés : 3500 Dhs Dhs |                                       |                                  |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :<br>   |  |  |  |
| Date de consultation : / /  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : Mr BAKHTAR RIHAB Age: 20 ans  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Sciatalgias  |  |  |  |
| 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 :** Casab **Le :** 08/11/2009

**Signature de l'adhérent(e) :**

|  |  |
|--|--|
| VOLET ADHERENT   |  |
| Déclaration de maladie Nº P19-057041   |  |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/01/2011      | Vaincante         |                       | 350.00                          | Dr. Nabil El Maaarouf<br>Boulevard Abou Bakr Chidiac<br>Sidi Maaarouf - Casablanca<br>Tél : 05 22 58 96 96<br>Fax : 05 22 33 51 90<br>direction@clinique-panoramique.com<br>Professeur Assistant à l'Université Hassan II |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  | H  | 25533412         | 21433552    |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |             |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |             |                         |
|  | 35533411   | 11433553         |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
| (Création, remont, adjonction)                 | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
|  |  |                  |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION      |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

Professeur Assistant de Neurochirurgie UM6SS, Casablanca  
Fellow des Cliniques Universitaires St Luc, UCL, Bruxelles

Chirurgie cérébrale : Vasculaire, Stérotaxique,  
Neuronavigation, Endoscopique, Pédiatrique,  
Fonctionnelle,  
Chirurgie du rachis, de la moelle épinière et des nerfs  
périphériques : Techniques mini-invasives,  
Neuromonitorring, Traitements fonctionnels, scoliose



BRAIN & SPINE  
CARE

أستاذ مساعد في جراحة الدماغ والأعصاب  
جامعة محمد السادس للعلوم الصحية، الدار البيضاء  
طبيب مساعد سابق بالمستشفيات الجامعية سان لوك، بروكسل

جراحات المخ : الأوعية الدموية، الأورام، الوظيفية  
الأطفال. المنظار  
جراحات العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب :  
تقنيات التدخل الجراحي المحدود المنطاق  
المراقبة العصبية، العلاجات الوظيفية

07/11/2022

## Pli confidentiel

Je vous adresse Mlle BAKHTAR Rihab âgé(e) 20 ans qui présente des sciatalgies droites nécessitant une infiltration foraminale L4 L5 et L5 S1 droite dont ci dessous les détails:

- Matériel: **Trocart jaune** de ponction lombaire Gauge 20, Diprostone ou célestène 4 boîtes

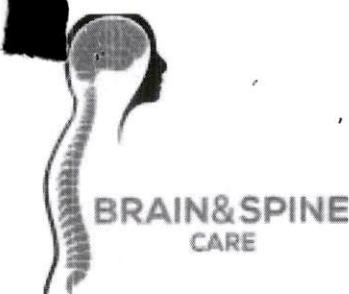
Signature : Dr. N. Bouzoubaa

INPE: 091172106

Dr. Nabil BOUZOUBAA  
أستاذ مساعد في جراحة الدماغ والأعصاب  
جامعة محمد السادس للعلوم الصحية، الدار البيضاء  
العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب :  
تقنيات التدخل الجراحي المحدود المنطاق  
المراقبة العصبية، العلاجات الوظيفية  
091172106

18، زنقة أبو معشر، حي المستشفيات 20360 - الدار البيضاء

18, rue Abou Maâchar, quartier des Hôpitaux, 20360, Casablanca, Maroc  
Tél. : (+212) 0663 654 932 / (+212) 0522 861 938 • E-mail : nabil.bouz@hotmail.fr



Casablanca le 08/11/2022

## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Patient : Bakhtar Rihab

Age : 20 ans

Pathologie : Sciatalgias droites sur IRM lombaire normale

Acte opératoire : Infiltration foraminale L4 L5 et L5 S1 droite

Lieu : Clinique Panorama Sidi Maarouf

Chirurgien : Dr. N. Bouzoubaa

Anesthésiste : Sans

- Patiente installée en décubitus ventral en salle de cathétérisme avec scopie multiplans
- Scopie de ¾ avec position « Scotty dog »
- Introduction du trocart en dessous du « Neck » des pédicules de L4 et L5 droite
- Repérage de profil après atteinte du foramen
- Reproduction de la douleur sciatale
- Injection de produit de contraste (Omnipaque) et Neurogramme satisfaisant
- Infiltration à chaque niveau d'une solution de Dépomédrol 2cc et Lidocaïne 2% 1cc au niveau du foramen L4 L5 et L5 S1 droite

Incident per opératoire : RAS

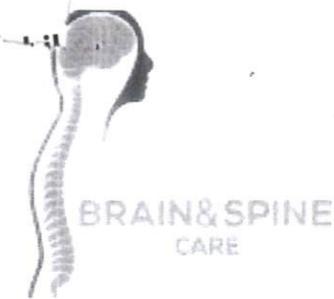
Étude anatomopathologique : Non

Prescription postopératoire :

- Antalgiques Perfalgan 1g°3/j

Signature électronique : N. BOUZOUBAA M.D.  
INPE : 091172106

Dr. Nabil BOUZOUBAA  
Professeur Assistant de Neurochirurgie  
Institut Universitaire de Médecine de Rabat  
INP



Casablanca le 08/11/2022

## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Patient : Bakhtar Rihab

Age : 20 ans

Pathologie : Sciatalgies droites sur IRM lombaire normale

Acte opératoire : Infiltration foraminale L4 L5 et L5 S1 droite

Lieu : Clinique Panorama Sidi Maarouf

Chirurgien : Dr. N. Bouzoubaa

Anesthésiste : Sans

- Patiente installée en décubitus ventral en salle de cathétérisme avec scopie multiplans
- Scopie de ¾ avec position « Scotty dog »
- Introduction du trocart en dessous du « Neck » des pédicules de L4 et L5 droite
- Repérage de profil après atteinte du foramen
- Reproduction de la douleur sciatale
- Injection de produit de contraste (Omnipaque) et Neurogramme satisfaisant
- Infiltration à chaque niveau d'une solution de Dépomédrol 2cc et Lidocaïne 2% 1cc au niveau du foramen L4 L5 et L5 S1 droite

Incident per opératoire : RAS

Étude anatomopathologique : Non

Prescription postopératoire :

- Antalgiques Perfalgan 1g°3/j

Signature électronique : N. BOUZOUBAA M.D.  
INPE : 091172106

Dr. Nabil BOUZOUBAA  
Président Assiseur à la Chambre des Médecins

# CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF

## BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER PSM22K08112639

NOM DU PATIENT Mme BAKHTAR RIHAB

MÉDECIN TRAITANT BOUZOUBAA NABIL

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 08/11/2022

DATE DE SORTIE 08/11/2022

MODE DE SORTIE normal



# CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF



060064847

CASABALANCA Le : 08-11-2022

page 1/1

## Facture N° 00707/22

### A. Identification

N° Dossier : PSM22K08112639 N° Identifiant : 000703/22  
**Nom & Prénom : Mme BAKHTAR RIHAB**  
 C.I.N : BB177311  
 Adresse : HAY AL QODS RES EL FAJR IMM H 06 SIDI BERNOUSSI

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-11-2022

Date Sortie : 08-11-2022

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même  
 Nom prénom :

Traitements : PONCTION LOMBAIRE

Médecin traitant : DR . BOUZOUBAA NABIL

| Qté  | Prestations       | Observation | Prix U.  | L.C. | Coef | Total                |
|--|-------------------|-------------|----------|------|------|----------------------|
| <b>INTERVENTION</b>                          |                   |             |          |      |      |                      |
| 1  | PONCTION LOMBAIRE |             | 3 500,00 |      |      | 3 500,00             |
| Total Rubrique :                             |                   |             |          |      |      |                      |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                     |                   |             |          |      |      |                      |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> |                   |             |          |      |      |                      |
| Arrêté la présente facture à la somme de :   |                   |             |          |      |      |                      |
|  |                   |             |          |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> |
|  |                   |             |          |      |      | <b>3 500,00</b>      |

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

| Modalité de paiement | Ref Cheque | Montant     | Solde   |
|----------------------|------------|-------------|---------|
| ESPECE               |            | 3 500,00 Dh | 0,00 Dh |

Clinique Panorama Sidi Maârouf  
 Boulevard Abou Bakar Kadiri  
 Sidi Maârouf - Casablanca  
 Tél : 05 22 58 96 96  
 Fax : 05 22 33 51 90  
 E mail : direction@clinique-panorama.ma

Adresse : Boulevard Abou Bakar Kadiri (Prs. rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf - Casablanca Tél. : 05 22 58 96 96 Fax : 05 22 33 51 90  
 E-mail : direction@clinique-panorama.ma - Site Web : www.clinique-panorama.ma - IF : - ICE : 003098954000054 - RIB :