

# 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 - 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° P19- 057041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10071 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKHTAR LAWZEN

Date de naissance : 30/06/1968

Adresse :

Tél. : 0661915353 Total des frais engagés : 3500 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mr BAKHTAR RIHAB Age: 20 ans

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

Nature de la maladie : Sciatalgies

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 : 08/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-057041

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 :



## 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
08/11/2011	Vérif. Faculté		350000	

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nabil Bouzoubaa**

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

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



**BRAIN & SPINE  
CARE**

**د. نبيل بوزوبع**

أستاذ مساعد في جراحة الدماغ والأعصاب  
بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة. الدار البيضاء  
طبيب مساعد سابق بالمصحات الجامعية سان لوك. بروكسيل

جراحات المخ : الأوعية الدموية. الأورام. الوظيفة  
الأطفال. المنظار  
جراحات العمود الفقري. النخاع الشوكي والأعصاب :  
تقنيات التداخل الجراحي المحدود النطاق  
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 droitedont ci dessous les détails:

- 
- Matériel: **Trocart jaune** de ponction lombaire Gauge 20, Diprostène ou célestène 4 boites

**Signature : Dr. N. Bouzoubaa**

**INPE: 091172106**

**Dr. Nabil BOUZOUBAA**  
Professeur Assistant de Neurochirurgie  
استاذ في جراحة الدماغ والأعصاب  
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 : 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  $\frac{3}{4}$  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<sup>°</sup>3/j

Signature électronique : N. BOUZOUBAA M.D.

INPE : 091172106

**Dr. Nabil BOUZOUBAA**  
Professeur Assistant de Neurochirurgie  
استاذ مساعد في جراحة الأعصاب والعمود الفقري  
Tél : 0522861938 / 0522862822  
INPE : 091172106

Brain & Spine Care

18, rue Abou Maachar, quartier des Hôpitaux, 20503, Casablanca, Morocco

Mail : [nabil.bouz@hotmail.fr](mailto:nabil.bouz@hotmail.fr)

Phone : 0663654932 / 0522861938 / 0522862822

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  $\frac{3}{4}$  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 sciatique
- 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<sup>°</sup>3/j

Signature électronique : N. BOUZOUBAA M.D.

INPE : 091172106

Dr. Nabil BOUZOUBAA  
Professeur Associé - Neurologie



## 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*  
*Boulevard Abou Bakr Kadiri*  
*Sidi Maarouf - Casablanca*  
*Tél : 05 22 58 96 96*  
*Fax : 05 22 33 51 90*  
*E-mail : direction@clinique-panorama.ma*

# CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF



060064847

CASABLANCA Le : 08-11-2022

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

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

## C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . BOUZOUBAA NABIL

Traitement : PONCTION LOMBAIRE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	PONCTION LOMBAIRE		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 :

signature de l'assuré

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

Clinique Panorama Sidi Maarouf  
Boulevard Abou Bakar Kadiri  
Sidi Maarouf - 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 :