

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M21- 0055880

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ± 0525 # Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Conjoint

Nom & Prénom : T. A. Sili Siadi el Hassan

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Lotissement S.P.T N°34

SKHIRAT- PLAGE

Tél. : 066142108 Total des frais engagés : 1456,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : L. A. B. i. Tounia Age : 78

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

Nature de la maladie : Rhumatologie

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.

26 DEC. 2023

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 : Rabat Le :/...../.....

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

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

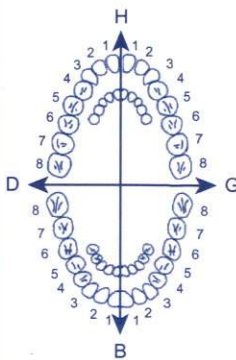
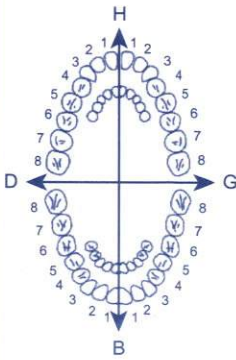
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 35533411 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] 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

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier : 83366495

Date et heure : 06/10/2023 13:44

Nom et prénom Assuré : LAABI TOURIA

Immatriculation : 54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception : RABAT 50644

Valeur en Dirhams : 4 456,00

Nombre de pièces : 9

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR612

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



AMO

❗ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

عدد الملفات	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	Bénéficiaire	المصاريف	كنوس	التعاضدية	المجموع
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 930,00	1 671,50	25,00	1 696,50
1	-	05/12/2023	Virement	-	4 456,00	1 459,20	248,96	1 708,16
1	-	07/11/2023	Virement	-	677,80	277,80	0,00	277,80
1	-	01/11/2023	Virement	-	2 356,80	1 176,80	5,00	1 181,80
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70
1	-	03/05/2023	Virement	-	2 309,30	1 149,30	50,33	1 199,63
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 887,80	1 590,60	25,00	1 615,60
1	-	22/03/2023	Virement	-	600,00	168,00	24,00	192,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	1 905,60	1 651,40	40,20	1 691,60
2	-	21/01/2023	Virement	-	5 914,50	2 297,90	176,60	2 474,50

تحميل التطبيق على الهاتف ▶ Télécharger

★★★★★

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : LAABI Touria الاسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 1441494 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 5484913316 رقم التسجيل :

N° CIN : A 44 3815 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint زوج Enfant ابن علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Adresse : Boite Postale 2106 - Hay Riad - RABAT العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 4.456,00 DH مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 03 عدد الوثائق المرفقة :

La déclaration du médecin traitant

إشهاد الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : LAABI Touria الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 21/01/1945 تاريخ الازدياد :

N° CIN : A 44 3815 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 88821101 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات :

Maladie * : مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité * : أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * : استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * : حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : RABAT حرر بـ : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le : 19/08/2023 في : Fait à : حرر بـ :

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) le : في : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيدع :

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
11 AOUT 2023	C9			3002	

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
11-9-23	285			85000	

INP : []

INP : []

INP : []

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموفرة

Description des ordonnances et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
11/08/23	102063500	PHARMACIE PALAIS DES CONGRES Dr. Lamia Benslimane 59, Lot. ASPEN, Skhirat Plage Tél : 0537 742 1091 / 0668 493 013 INPE : 102063500 / ICE : 001743621000019

INP : []

INP : []

INP : []

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
18-08-23				22501000	
04-10-23					

INP : []

INP : []

INP : []

ESSENTIEL KINE
Meryem SEKKOUR
Sect. 9 - Immeuble - Apt : - Mahaj Riad
Rabat - Inpe : 0+5036506

Docteur Hourya EL ALAOUI SAYAH
Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايح
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

- Echographie ostéoarticulaire
- Troubles statiques du rachis
- Appareillage des handicapés moteurs
- DU. de médecine physique et de réadaptation

Rabat, le

11 Août 2023



1 0 1 1 2 3 3 8 8

Mme LAABI TOURIA

FAIRE SVP

***kinésithérapie pour gonarthrose tri-compartmentale et
lombarthrose***

- IR à visée antalgique
- Massage décontractant

De façon douce et progressive:

- Renforcement des quadriceps
- Renforcement des muscles fessiers et de la ceinture abdomino-pelvienne

15 séances 2x/semaine

ESSENTIEL KINE

Maryem SEKKOUR

t. 9 - Immeuble 9 - Apt 4 - Mahaj Riad

Rabat - In 3-5036506

📍 Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3
à côté de Paul en face de la BMCI Hay Riad - Rabat
ICE : 00155643100001061

☎ +212 (0) 537 563 807
✉ elalaouihourya@yahoo.fr

ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



ADRONAT 70 mg ○
Acide Alendronique
4 comprimés



Docteur Hourya EL ALAOUÏ SAYAH
Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايح
اختصاصية في أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

- Echographie ostéoarticulaire
- Troubles statiques du rachis
- Appareillage des handicapés moteurs
- DU. de médecine physique et de réadaptation



101123388

Rabat, le

11 Août 2023

196.00.X6 -

Mme LAABI TOURIA

FOSAVANCE ou ACIDE ALENDRIQUE 70MG

1 cp/semaine à prendre le matin à jeun avec un grand verre d'eau.
éviter la station allongée pendant 1/2heure

TRAITEMENT DE 6 MOIS

A RENOUELER ET A NE PAS ARRETER



PHARMACIE PALAIS DES CONGRES
Dr. Lamia Benslimane
59, Lot. Aspet, Skhirat Plage
Tél : 0537 702 442 / 0668 493 013
INPE: 10206300 / ICE: 011743621000019

2 = 1056,00 X6



ESSENTIEL KINÉ

Centre de kinésithérapie

Calendrier des séances Physiothérapie-kinésithérapie

Essentiel Kiné : Centre de Kinésithérapie

Date : mercredi 4 octobre 2023

Nom prénom : LAABI TOURIA

Nombres de séances prescrites :

1	vendredi 18 août 2023	18/08/2023
2	mardi 22 août 2023	22/08/2023
3	vendredi 25 août 2023	25/08/2023
4	lundi 28 août 2023	28/08/2023
5	vendredi 1 septembre 2023	01/09/2023
6	lundi 4 septembre 2023	04/09/2023
7	vendredi 8 septembre 2023	08/09/2023
8	lundi 11 septembre 2023	11/09/2023
9	vendredi 15 septembre 2023	15/09/2023
10	lundi 18 septembre 2023	18/09/2023
11	vendredi 22 septembre 2023	22/09/2023
12	lundi 25 septembre 2023	25/09/2023
13	mercredi 27 septembre 2023	27/09/2023
14	lundi 2 octobre 2023	02/10/2023
15	mercredi 4 octobre 2023	04/10/2023

ESSENTIEL KINE
Meryem SEKKOUR
Sect. 9 - Imm 9 - Apt 4 - Mahaj Riad
Rabat - Inpe : 045036506



ESSENTIEL KINÉ

Centre de kinésithérapie

FACTURE

Date : 04/10/2023
FACTURE N° : 2023 / 0109

Essentiel Kiné

MEDECIN TRAITANT : DR SAYAH

Mode de paiement :

Nom du patient

LAABI TOURIA

Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
GONARTHROSE	15	150,00	2250,00

Total : 2 250,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DH ..

ESSENTIEL KINE

Meryem SEKKOUR

Sect. 9 - Imm. 9 - Apt 4 - Mahaj Riad
Rabat - Inpe : 045036506

Docteur Hourya EL ALAOUÏ SAYAH
Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايح
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

- Echographie ostéoarticulaire
- Troubles statiques du rachis
- Appareillage des handicapés moteurs
- DU. de médecine physique et de réadaptation



1 0 1 1 2 3 3 8 8

Rabat, le

11 Août 2023


Mlle LAABI TOURIA

FAIRE SVP

OSTEODENSITOMETRIE



Dr. Abdelhafid Salihi
Cabinet de Radiologie
82 Bis Av. des Nations Unies
Rue Mohammed VI - 10000 Rabat
Tél: 0537 67 41 11

• Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3
à côté de Paul en face de la BMCI Hay Riad - Rabat
ICE : 00155643100001061

• +212 (0) 537 563 807
• elalaouihourya@yahoo.fr

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero: I/00775

Rabat 11/09/2023

Nom patient	Date examens
LAABI Touria	11/09/2023

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
OSTEODENSITOMETRIE+POIGNET	850,00
TOTAL	850,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 bis, Av. des Nations Unies - Angle
rue Ibn Hanbal Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 49 49 Fax: 0537 67 54 07

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ - Dr L.SBIHI - Dr S.SEDRATI

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 11/09/2023

Mme LAÂBI Touria (née le 20/03/1945)

Examen demandé par : Dr H. EL ALAOUI ép. SAYAH

EXAMEN DENSITOMETRIQUE OSSEUX

L'examen est réalisé sur un appareil Prodigy de marque LUNAR.

Les sites de mesure sont le rachis lombaire de L1 à L4, les hanches droite et gauche et le poignet gauche.

- Les valeurs moyennes de densité minérale osseuse (**DMO**) mesurée :
 - * Rachis lombaire (L1+L2+L3+L4) = 0,861 g/cm².
 - * Hanche gauche :
 - au col fémoral = 0,739 g/cm².
 - en zone fémorale totale = 0,780 g/cm².
 - * Hanche droite :
 - au col fémoral = 0,744 g/cm².
 - en zone fémorale totale = 0,813 g/cm².
 - * Poignet gauche = 0,401 g/cm².
- La différence avec la valeur normale au même âge et pour le même sexe, en écart-type (**Z score**) :
 - * Rachis lombaire = -0,5
 - * Hanche gauche :
 - au niveau du col fémoral = +0,2
 - en zone fémorale totale = +0,2
 - * Hanche droite :
 - au niveau du col fémoral = +0,2
 - en zone fémorale totale = +0,5
 - * Poignet gauche = -2,0
- La différence entre la valeur mesurée et la densité maximale mesurée à 30 ans, en écart-type (**T score**) :
 - * Rachis lombaire = -2,7
 - * Hanche gauche :
 - au niveau du col fémoral = -2,0
 - en zone fémorale totale = -1,8
 - * Hanche droite :
 - au niveau du col fémoral = -2,0
 - en zone fémorale totale = -1,6
 - * Poignet gauche = -4,6

Conclusion : *Selon les critères de l'O.M.S., il existe une ostéoporose lombaire et au niveau du poignet gauche et une ostéopénie fémorale bilatérale.*

Définition de l'O.M.S. :

- Normal : T score > -1 écart-type.
- Ostéopénie : T score < -1 mais > -2,5 écart-type.
- Ostéoporose : T score ≤ -2,5 écart-type.
- Ostéoporose sévère : T score ≤ -2,5 écart-type avec présence d'au moins une fracture par fragilité.

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Rue des Nations Unies, Angé
10610 Sidi Moussa, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 67 49 49 - Fax: 05 37 67 54 07
Tél: 05 37 67 49 49 - Fax: 05 37 67 54 07