

## 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

M22- 0053819

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société : Veuve  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve Baghou 1/9  
Nom & Prénom : Bouhark Bouida  
Date de naissance : 16/07/1955  
Adresse : 24 lot Assalama Rue 28 sidi  
marouf elasa  
Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 7151,9 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 : .....

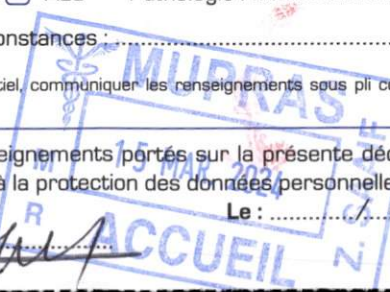
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ...../...../.....

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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

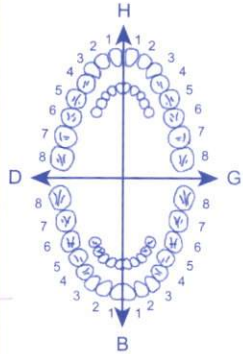
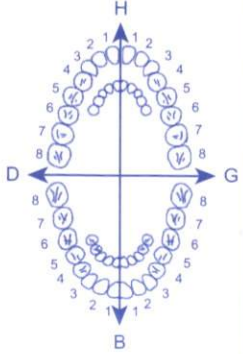
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

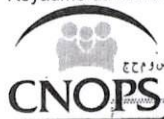
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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



Royaume du Maroc



NOM : BOUHAÏK SAÏDA

N° d'identification : 95771401

FEUILLE DE

CADASTRE

CADASTRE CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

02400372

Date et heure : 11/08/2023 11:33

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771401 / 090218394

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

BOUHAÏK SAÏDA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90142

Valeur en Dirhams :

7 151,90

Nombre de pièces :

12

Code Etablissement :

Agent de réception :

9944247

Nom Etablissement :

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations  
et colonne vertébrale  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :  
- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم  
- العمود الفقري و هشاشة العظام  
- الفحص بالصدى

Casablanca le : 20/07/2023

Nom : Mme BOUHAÏK SAÏDA

137100

**REUMADEP**



1 Capsule le matin, 1 Capsule le soir après le repas  
pendant 15 jours



Pharmacie AL ABE  
48, Lot. ESAT, SIDI MAAROUF  
Tél : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86

دكتورة بثينة العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
Rhumatologue  
Sidi Maarouf  
Tél : 05 22 58 19 56 / 06 88 06 22 86

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف  
Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf  
Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

LOT 23-66  
EXP 03/26  
PPV 109DH20

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4019  
MFG: 07-2022  
EXP.: 07 2025  
PPV: 940hs00

GAPREX® 25 mg  
60 Gélules



Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations  
et colonne vertébrale  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :  
- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم  
- العمود الفقري و هشاشة العظام  
- الفحص بالصدى

Casablanca le : 08/08/2023

Nom : Mme BOUHAÏK SAIDA

94100  
MYDOFLEX 150 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après  
le repas pendant 30 jours

109,20  
GAPREX 25MG

2 Gélules le soir après le repas pendant 2 mois

7-803,20

6762  
6/8/23  
PHARMACIE AL ABE  
48, Lot. ESSALMA, SIDI MAAROUF  
Tél : 05 22 97 40 65 / 06 68 06 22 86

الدكتورة بثينة العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 19 56 / 06 68 06 22 86

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

LOT : 22E009  
PER: 03 2025

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640N5DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH



REV: 2021/10

PUC: 198.00DH  
C210  
2025-05

LOT



Dispositif Médical

\*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRE  
PLUS RAPIDE EFFICACE



AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR



# NOCICEPTOL

CONTRA  
LES DOUL  
Musculaires  
Articulaires  
Post-traumatiques

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os, articulations  
et colonne vertébrale  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم  
- العمود الفقري و هشاشة العظام  
- الفحص بالصدى

17/07/2023

Casablanca le : .....

Mme BOUHAÏK SAÏDA

Nom : .....

53,10  
RELAXOL 500

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après  
le repas pendant 7 jours

82,10x6  
INEXIUM 20MG

1 CP le matin avant le repas pendant 3 mois

198,100  
NOCICEPTOL GEL

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

T = 243,70

PHARMACIE AL ABE  
48, Lot. ESSALAMA, SIDI MAAROUF  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 97 40 65 / 05 88 06 22 86

الدكتورة بثينة العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
05 22 58 19 56

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com



Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations  
et colonne vertébrale  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :  
- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم  
- العمود الفقري و هشاشة العظام  
- الفحص بالصدى

Casablanca le : 17/07/2023

Nom : Mme BOUHAÏK SAÏDA

## OSTEODENSITOMETRIE

RADIOLOGIE ANDJAL 111  
Imagerie & Diagnostic du Maroc  
Tél: 05 22 58 19 56

RADIOLOGIE ANDJAL 111  
Imagerie & Diagnostic du Maroc  
Tél: 05 22 58 19 56

الدكتورة بثينة العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 19 56

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف  
Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf  
Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

# RADIOLOGIE ANOUAL 111

111 Bd Anoual-Quartier des Hopitaux Casablanca

Tél.022 86 09 99/89/79 Fax:022 86 08 93

Rapport de DMO DXA : mardi 18 juillet 2023

Nom : BOUHAÏK SAÏDA ,  
ID Patient : F-23-07-0337-068 Date de naissance: 16/07/1955 Taille: 156.0 cm  
Sexe : Femme Date d'examen : 18/07/2023 Poids: 67.0 kg

Site	Region	Measured Date	Measured Age	OMS Classification	Young Adult T-score	BMD
Rachis AP	L1-L4	18/07/2023	68.0	Ostéopénie	-2.2 ✓	0.918 g/cm <sup>2</sup>
Fémur gauche	Total	18/07/2023	68.0	Ostéopénie	-2.0 ✓	0.750 g/cm <sup>2</sup>
Av.-bras Gauche	Radius 33 %	18/07/2023	68.0	Ostéopénie	-1.2 ✓	0.784 g/cm <sup>2</sup>

## CÓNCLUSION:

La DMO mesurée au Rachis AP L1-L4 est 0.918 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -2.2. Ce patient est considéré comme étant ostéopénique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée au Fémur Total est 0.750 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -2.0. Ce patient est considéré comme étant ostéopénique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée à l' Avant-bras Radius 33 % est 0.784 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -1.2. Ce patient est considéré comme étant ostéopénique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).



Définition de l'ostéoporose selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

## FACTURE

N° de l'admission : 23006186 N° Facture : 23006036 Date facturation : 18/07/2023

Nom et prénom du patient : SAIDA BOUHAIK

Convention :

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 18/07/2023 Sortie: 18/07/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
OSTEODENSITOMETIE			680.00
		Sous-Total	680.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR LAMIAE EL OUARDIGHI			170.00
		Sous-Total	170.00

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR LAMIAE EL OUARDIGHI	10	170.00	17.00
		Sous-Total	17.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit cent cinquante dirhams

Total : 850.00

Part patient 850.00

Notre compte bancaire :

RADIOLOGIE ANOUAL  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
18/07/2023

Radiologie Anoual  
Dr. FARAJ HAMZA  
Directeur Médical  
INPE : 061295770



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

N° du Tél (optionnel): 06 41734171 رقم الهاتف (اختياري)

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : Bouhark Saïda الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 280348 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 015701405 رقم التسجيل :  
N° CIN : B341048 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن  
avec l'assuré(e)\* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)\*

Adresse : 04 lot Assalamah sidi marouf العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : 7151,9 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :  
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : Bouhark Saïda الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 16/07/1955 تاريخ الميلاد :  
N° CIN : B341048 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

090065936

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie\* ☐ مرض\*  
Maternité\* ☐ أمومة\*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء\*  
Accident\* ☐ حادث\*

تم تقديم الظرف المغلق\* : oui ☐ non ☐  
Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الإستشفاء :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

Fait à : ..... حرر بـ :  
Le : 10/08/2023 في :  
Touche de l'assuré (e) توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e)

Fait à : ..... حرر بـ :  
Le : 10/08/2023 في :  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
أشهر بصحة وأمانة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
أشهر بصحة وأمانة المعلومات المذكورة أعلاه

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
أشهر على ما ذكر أعلاه  
Signature du médecin traitant  
Touche de l'établissement de soins  
Signature et cachet de l'établissement de soins

Signature et cachet de l'établissement de soins  
Signature et cachet de l'établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite



طابع وطابع



### وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
07/08/23		S		300061	
08/08/23		Cf.		G	
08/08/23		C		(D)	

CIM - 10

**جهد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المقوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/07/2023	618,00	<p>PHARMACIE ABON ZAID</p> <p>S.A.R.L.</p> <p>Rue 26 N°04 Massara 2, Boumerdes</p> <p>0522 70 22 84 Fax 0522 74 36 70</p>
12/07/23	743,70	<p>PHARMACIE AL ABE</p> <p>48, Lot. ESSALAMA, SIDI MAAROUF</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86</p>
12/3	203,20	<p>PHARMACIE AL ABE</p> <p>48, Lot. ESSALAMA, SIDI MAAROUF</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel : 05 22 97 40 65 / 06 88 06 22 86</p>

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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
18/07/2023	IRM			4500H	
18/07/2023					
18/07/2023					

## 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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

## FACTURE

N° de l'admission : 23006184 N° Facture : 23006034 Date facturation : 18/07/2023

Nom et prénom du patient : SAIDA BOUHAIK

Convention :

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 18/07/2023 Sortie: 18/07/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
IRM CERVICO DORSO LOMBAIRE			3 600.00
		Sous-Total	3 600.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR LAMIAE EL OUARDIGHI			900.00
		Sous-Total	900.00

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR LAMIAE EL OUARDIGHI	10	900.00	90.00
		Sous-Total	90.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille cinq cents dirhams

Total : 4 500.00

Part patient 4500.00

Notre compte bancaire :

RADIOLOGIE ANOUAL  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
100, Boulevard Anoual - Casablanca  
Tél : 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00  
Fax : 06 63 57 42 60 - 06 63 57 42 60

Radiologie Anoual  
Dr. FARAJ HAMZA  
INPE : 061295770



MME. BOUHAÏK SAÏDA

- Aussi bien au niveau cervical, dorsal que lombaire, on note un aspect hétérogène de l'ensemble des corps vertébraux. Sur la séquence Stir il n'a pas été noté d'hypersignal vertébral suspect et pas de rehaussement pathologique après injection de gadolinium.

**Conclusion :**

- Cervicarthrose C5-C6 et saillie discale postéro médiane C6-C7.
- Remaniements arthrosiques interapophysaires postérieurs L4-L5 plus prononcés à droite.
- Aspect hétérogène de l'ensemble des corps vertébraux aussi bien cervical dorsal que lombaire, sans rehaussement après injection de gadolinium ou hypersignal Stir suspect. A confronter de préférence au bilan biologique et hématologique



**DR. FARAJ HAMZA**  
RADIOLOGUE

*[Handwritten signature of Dr. Faraj Hamza]*

Casablanca, le 18 Juillet 2023

**DR EL AZIFI BOUTAYNA**

**MME. BOUHAÏK SAIDA**

## **COMPTE RENDU**

### **IRM MEDULLAIRE**

#### **Technique :**

- Exploration en coupe sagittale et axiale T1 et T2 sur l'ensemble du rachis.
- Séquence STIR sagittale T1 après injection de gadolinium.

#### **Résultat :**

##### **À l'étage cervical :**

- Proportions canalaires limites.
- Pincement discal avec aspect irrégulier des plateaux vertébraux sus et sous-jacents intéressant C5-C6 associé à un débord discal postérieur médian et paramédian bilatéral
- En C6-C7, il existe une saillie discale modérée postéro-médiane.
- Absence d'anomalie de signal de la moelle.
- Respect de la hauteur et de l'alignement des corps vertébraux.

##### **À l'étage dorsal :**

- Exagération de la cyphose.
- Absence d'anomalie médullaire ou péri-médullaire.
- Hernie intra-spongieuse intéressant le plateau vertébral inférieur de D11

##### **À l'étage lombaire :**

- Conservation de la lordose.
- Absence de pathologie herniaire.
- Remaniements arthrosiques interapophysaires postérieurs en L4-L5 plus prononcés à droite.
- Absence d'anomalie de signal de la moelle. Cône terminal en projection normale en regard de D12-L1.
- Respect de la hauteur et de l'alignement des corps vertébraux.

.../...



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  
1485 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.I.



7 037960 644169

EXP: 10-2024

Lot n°: 16164035

1199457 MAR



Radiologie Numérisée | Echo Doppler  
le 3D-4D | Mammographie Numérisée  
interventionnelle | Scanner multibarrettes  
(Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie  
IRM Haut Champ 1.5T

712023

NOM :

Mme. Bou HA'ik SAI DA

PRODUIT :



418,00

**CLARISCAN 15 ml**

PHARMACIE ANOUAL  
S.A.R.L.  
Rue 24 N°04, Massira 2, Bournazel  
Casablanca  
tel: 0522 70 22 84 fax: 0522 71 30 79

INPE  
092001197

RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Mâle  
ICE: 00161400600053  
111, Bd Anoual

www.anoual.ma | E-mail: contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations  
et colonne vertébrale  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

### إختصاصية في :

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

17/07/2023

Casablanca le : ..... 17/07/2023

Nom : **Mme BOUHAÏK SAÏDA**

## CERVICALGIE AVEC NCB ET LOMBO-SCIATIQUE BILATERALE

## IRM MEDULLAIRE

*[Handwritten signature]*

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : [boutayna.azifi@gmail.com](mailto:boutayna.azifi@gmail.com)