

## 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

- 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° W19-556267

106316

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9383

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTAKIM

SATIRA

Date de naissance :

28-03-68

Adresse :

la

Tél. :

06 61 51 85 54

Total des frais engagés :

4433

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14.01.2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

NERB et Emulocidipif

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 :

14-01-22

Le :

14-01-2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/11	433,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		IRV Cervic-Lens	4000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	11433553	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	00000000	00000000	11433553	00000000																
	(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																



Professeur GAZZAZ Miloudi

Médecin colonel

• Service de Neurochirurgie



Rabat, le

14.01.2022

198,00 Me Boustakour Soumer  
Nocceptol pom

91,00 2 app x 21  
My Soflea 1 Ad  
150/1 x 21, x 10

89,00 Celebrex 200

52,80

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019

T: 433.80

سيلبيركس  
200 mg  
سيليكوكسيب

Pfizer

مضاد للالتهاب  
مضاد للألم

CELEBREX<sup>®</sup>  
200 mg 10 GELULES



6 118000 250081

10

كبسولات

Pfizer

FORMULE UNITAIRE :  
Celecoxib 200 mg  
Excipients q.s.p 1 gélule

FABRICANT ET TITULAIRE :  
Laboratoires Pfizer S.A  
Km 0,5 Route de Oualidia  
El Jadida Maroc

RESPECTER  
LES DOSES PRESCRITES

Liste I - uniquement sur ordonnance

CELEBREX<sup>®</sup>

200 mg

CELECOXIB

Pfizer

ANTI-INFLAMMATOIRE  
ANTI-DOULEUR

10

GÉLULES

Pfizer  
200 mg  
CELEBREX<sup>®</sup>  
CELECOXIB  
10  
GÉLULES

Pfizer

CONDITIONS D'EMPLOI :  
se reporter à la notice

VOIE ORALE:

A garder hors de portée et de vue des enfants  
A conserver à une température inférieure à 30°C dans  
le conditionnement d'origine  
MÉDICAMENT AUTORIS. N°: 42DMP/21/NCI

ETU13255-B

Tenir hors de la portée des enfants.  
Conserver Mydoflex dans son emballage original,  
à la température (15-25°C), à l'abri de la lumière  
et l'humidité  
Posologie et Mode d'emploi :  
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
يحفظ ميذوفليكس في عبوة الأصلية.  
في درجة حرارة بين (15-25) مئوية.  
أبعده عن الرطوبة والشمس.  
للجرعة وطريقة الاستعمال :  
اقرأ النشرة المرفقة.

45x25.5x100

150 مغ

ميذوفلاكس<sup>®</sup>  
تولبيريدون هاليدوكسيد

عن طريق الفم

مرخئي عضلات

30 قرص مغلف

LABATEC

Composition:

Chaque comprimé pelliculé contient :

Tolpérisone HCl ..... 150 mg

Excipient : q.s.p ..... un comprimé pelliculé

أو كافي

150 مغ ..... كل قرص مغلف يحتوي على

تولبيريدون هاليدوكسيد

المواد بما يعطي

لا تجاوز الحد الأدنى  
ne pas dépasser la dose prescrite

Talbeau A (Ligne 1)

Fabriqué par : LABATEC PHARMA SA

CH-1217 Meyrin (Genève, Suisse)

Distribué par : PHOCOPHARM S.A.

Z.I. du Saffin, 13400 Saint-Sauveur - France

14  
07

MYDOFLEX<sup>®</sup>  
Tolpérisone HCl

150 mg



6 118001 260850



Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale

LABATEC

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3847

EXP: 10 2023

992

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

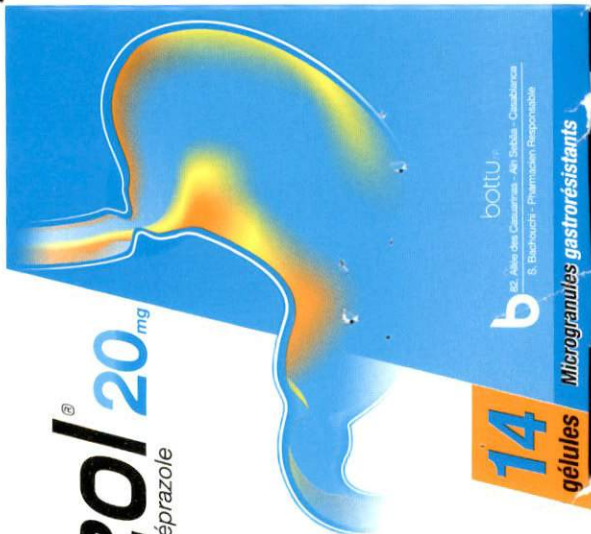
يرجى مراجعة النشرة قبل أي استعمال.  
يرجى الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.  
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.

100140  
06/20

**Prazol<sup>®</sup> 20<sup>mg</sup>**  
Oméprazole

**Prazol<sup>®</sup> 20<sup>mg</sup>**  
Oméprazole

**14**  
gélules



bottu<sup>®</sup>

**b**

102, Allée des Casanovas - Air Sebilla - Casablanca  
S. Béchouarts - Pharmacie Responsable

**14**  
gélules

**Microgranules gastrorésistants**

Voie orale

PPV : 52DH80  
PER : 03/24  
LOT : K2832-2

**NOCICEPTOL**

**CONTRE  
LES DOULEURS**

**Musculaires  
Articulaires  
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR**

**GEL  
ANTI-DOULEUR**

**PLUS RAPIDE  
EFFICACE**

**SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ \***

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

Dispositif Médical



LOT

C134  
2024-04



PVC: 198.00DH

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/C



Professeur GAZZAZ Miloudi

Médecin colonel

• Service de Neurochirurgie



Rabat, le 14.01.2022

Me Nourhakim Samira  
IRG Centre et  
Lombaire

x Neuro C gauches

x lombosciatiques L5, S1

rebelles

مركز التخصص بالأشعة السينية  
GABINET RADIOLOGIE  
DES HOPITAUX sari  
8, Rue Soumaya, Haye Aoudal  
Rabat - Tél: 06 61 67 67 67

Prof. Dr. G. Gazaz  
Dipl. de Neurochirurgie  
Faculté de Médecine  
Université Mohammed VI - Rabat



Professeur GAZZAZ Miloudi  
Médecin colonel

• Service de Neurochirurgie •



Rabat, le

14.01.2022

Je soussigné  
Général M. GAZZAZ  
déclare que  
mes (R) collègues  
Médecins  
Scolaire et  
médical avec notation  
notamment récente

Certifier mon examen  
Aoustakun Samira et  
su et de la faute d'écriture  
Cemrab et Louhane  
dans le nez et  
Scolaire et  
médical avec notation  
notamment récente

IRM (1,5T) - SCANNER MULTIBARRETTES - CONE BEAM CT - DENTASCANNER - PANORAMIQUE TELERADIOGRAPHIE - ECHO DOPPLER COULEUR  
MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - RADIOLOGIE GENERALE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr El KIRAM My El Hassan  
Spécialiste en Radiologie

Dr HORMA BABANA  
El ALAOUI Houd  
Spécialiste en Radiologie

Dr BASSOU Driss  
Professeur en Radiologie

Nom du patient: MOUSTAKIM SAMIRA

Date: 14/01/2022

Médecin demandeur: Pr. GAZZAZ MILOUDI

### IRM CERVICALE ET LOMBAIRE

#### INDICATION :

- Névralgie cervico-brachiale gauche.
- Lombosciatalgie gauche.

#### TECHNIQUE :

- Réalisation de coupes en séquences T2 et T1 dans le plan sagittal sur l'ensemble du rachis cervico-dorsal et lombaire.
- Séquence T2 dans le plan discal à l'étage cervical et lombaire.

#### RESULTAT :

##### ✓ Au niveau cervico-dorsal :

- La moelle est de signal et de calibre normaux.
- Intégrité de la jonction bulbo-médullaire.
- Uncodiscarthrose cervicale étagée prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec saillie disco-uncophytique réduisant modérément les foramens.
- Intégrité des parties molles péri-vertébrales.
- Respect du signal et de la hauteur des corps vertébraux.

##### ✓ Au niveau lombaire :

- Canal rachidien de calibre normal.
- Cône médullaire terminal en place sans anomalie.
- Respect du signal et de la hauteur des corps vertébraux.
- Discopathie dégénérative étagée avec pincement et perte de signal des disques prédominant en L3-L4.
- Arthrose inter-apophysaire postérieure étagée prédominant en L4-L5.

##### • En L3-L4 :

- Pas d'anomalie du contour postérieur du disque.
- Foramens libres.

##### • En L4-L5 :

- Débord discal global latéralisé à gauche réduisant l'espace épidual et comprimant l'émergence de la racine L5 gauche à l'entrée du foramen.

##### • En L5-S1 :

- Débord discal global légèrement asymétrique latéralisé à gauche arrivant au contact S1 gauche.
- Intégrité des parties molles péri vertébrales.

#### CONCLUSION :

- Intégrité rachidienne et médullaire.
- Uncodiscarthrose cervicale prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec saillie disco-uncophytique réduisant l'espace épidual et modérément les foramens.
- Discopathie dégénérative et arthrose inter-apophysaire postérieure lombaire prédominant en L4-L5.
- Débord discal global en L4-L5 et en L5-S1 latéralisé à gauche potentiellement compressif sur l'émergence des racines L5 et S1.

Confraternellement  
Pr. D.BASSOU

8,

INPE : 101072718

# RADIOLOGIE DES HOPITAUX

DR EL KIRAM Moulay EL Hassan

DR HORMA BABANA EL ALAOUI H

DR BASSOU DRISS

08, RUE SOUMAYA HAUT AGDAL - RABAT

Tel: 05 37 67 07 01

Fax: 05 37 67 07 02

IF: 40442610 INPE: 101178697 ICE: 0016668520000860

## FACTURE

N° : 309 /22

DU. 14/01/2022

NOM ET PRENOM : MOUSTAKIM SAMIRA

EXAMEN	PRIX (DH)
I.R.M CERVICALE ET LOMBAIRE	4000

TOTAL : 4000.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre Mille Dirhams Marocains Seulement

Relevé d'identité bancaire : 181810212112536354003506 BP

N° de la patente : 25741019

N° de l'identification fiscale : 40442610

N° de l'affiliation à la CNSS : 8676085

ICE : 001666852000086

INPE : 101178697

  
INPE : 101178697