

## 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

N° W21-709198

134736.com

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 9383

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUSTAKIM SAMIRA

Date de naissance : 28-03-68

Adresse : 24

Tél. : 0661510554

Total des frais engagés : 3686 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS 26 OCT. 2022

Dr. ALAMI Nada  
Spécialiste en Rhumatologie  
INPE : 101071819  
Hôpital Cheikh Zaid

Date de consultation : 01/08/2022

Nom et prénom du malade : Samira Moustakim 54

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatisante

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 : Rabat

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-709198

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 :

6 OCT. 2022

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
05/08/2022	e		G	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/8/2022	686,00

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	3-03-20		3 000,00

### 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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																		
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H																		
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																						



Rabat, le 04/08/2022

Docteur



Salma  
Houstrakim

2x268,00

1- Arcoxia 90

1 cp / 5 14 g  
30,00

2- Sedalgie CP

1 cp / 5 100  
2x60,00

3- Voltaren 50 mg

1 a/c x 3 + 20 g  
686,00



• LOT : 210572  
EXP : 04/2023  
PPV : 30,00DH

دواء ٢٠

6 118000 083092  
20 comprimés pelliculés  
SEDALGIC

سدالجيك

٣٧٥ / ٣٧٥

#### CONDITIONS D'EMPLOI :

Pour toute information, veuillez lire attentivement la notice  
للمزيد من المعلومات يرجى قراءة المنشورة

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Pas de conditions particulières de conservation

Ne pas jeter aucun médicament dans les ordures

mineuses. Demandez à votre pharmacien d'éliminer

les médicaments que vous n'utilisez plus.

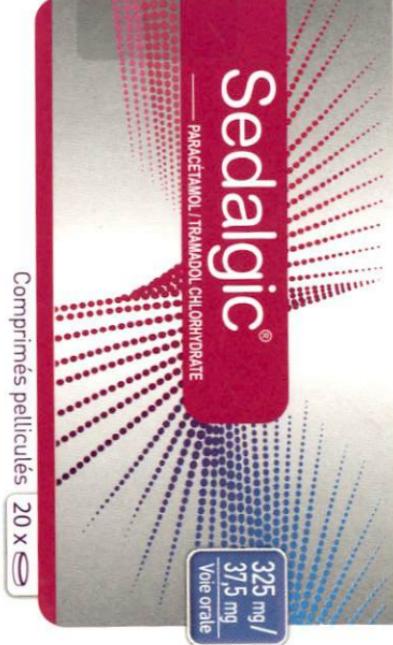
Ces mesures contribueraient à protéger l'environnement.

يجب عدم رمي المهدى أو المهدى يستحسن الدخول في المصادر

Uniquement sur ordonnance  
لدى الطبيب

2 حبة | ٢ جرام

Tableau A (liste  
(١) جدول A (القائمة  
1 جدول)



Comprimés pelliculés 20 x

durée :  
MAIN ☺ MID ☺ SUR ☺

COMPOSITION :  
Paracetamol ..... 325 mg  
Tramadol Chlorhydrate ..... 37,5 mg  
Excipients. Q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Exipients à effet notable : Lactose  
▲ SURDOSE = DANGER  
▲ SURDOSE = DANGER  
Ne pas prendre un autre médicament contenant  
des paracetamol ou tramadol ou tout autre médicament  
qui contient du paracetamol.  
يجب عدم تناول مهدى أو مهدى يستحسن الدخول في المصادر

الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه

41, Rue Med Djer, 20 10 Casablanca  
AMM N° 12 31/18/DM/2/2/IN/0  
Annia DIAOUI : Pharmacien Responsable



Fabriqué par

COOPER  
PHARMA

الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه  
الدواء يحتوي على مادة مهدئه

# Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Tube de 100 g

Anti-inflammatoire  
AntalgiqueLOT : M0579  
EXP : 11/2024  
PPV : 60,00 DH

ALWAA

## فولطارين

Diclofénac Diéthyl Amine Emoligel توبير

مرهم للاستعمال الموضعي

Ne pas avaler ي\
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
Les médicaments doivent être tenus hors de la portée des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Titulaire de l'AMM au Maroc :

GlaxoSmithKline Maroc - Ain Aouda-Région de Rabat

Informations médicales :

GlaxoSmithKline Maroc

42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al  
Ghazali, Casablanca - Maroc

فولطارين  
Diclofénac Diéthyl Amine Emoligel توبير

أنبوب من فئة 100 غ

ضد الإلتهاب  
مسكن للألم



Diclofénac Diéthylamine,  
Équivalent à 1 g de diclofénac sodique  
Parfum  
Exop. o.s.p 100 g  
Exipient à effet notoire :  
Propyléneglycol.

**Voltarène**  
Diclofénac Diéthylamine  
Emulgel Topique

Gel pour application utanée

لا ينصح باستخدامه في حالات  
الحساسية المفرطة للدواء  
لا ينصح باستخدامه في حالات  
الحساسية المفرطة للدواء

ACN0284-01





Docteur



Rabat, le

01/08/2022

M<sup>me</sup> Moustakim  
Samira.

IRM de  
l'épaule Ga  
Tendinopathie  
de l'épaule Ga)

01/08/2022  
Bross



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) - Date de la constatation de l'état du malade : 10/08/2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Tendinite rotulienne  
de l'espaul e G+H

3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiqué sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en séries) :

medecine

4) Durée prévisible du traitement :

de 03/08/2022 à 03/08/2022

Dr. ALAMI Nada  
Spécialiste en Rhumatologie  
N° : 16071819  
Hôpital Cheikh Zaid  
\*\*

10/08/2022



**LOGIE / ITRALE** **SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE**  
**RADIOLOGIE CENTRALE**

MOUSTAKIM

IPP : 00995813

IRM EPAULE

Date : 03/08/2022

Médecin demandeur : Dr ALAMI NADA

**COMPTE RENDU**

RC : 54 ans, notion de tendinopathie de l'épaule gauche.

TECHNIQUE : Coupes en pondération T2 dans les trois plans de l'espace. Coupes sagittales T1.

RESULTATS :

- Prise de contraste diffuse capsulaire, de l'intervalle des rotateurs et du récessus axillaire.
- Epaississement du ligament coraco huméral avec prise de contraste du ligament Gléno-huméral inférieur.
- Anomalie de signal en hypersignal DP FAT-SAT du tendon supra épineux sans : de rupture, situé à 11mm de son insertion et étendue sur 11 mm.
- Fine lame d'épanchement au niveau de la bourse sous acromiale et niveau de la bourse du tendon sub scapulaire.
- Respect des tendons infra épineux, du sub scapulaire et de la longue portion du biceps.
- Il s'y associe une anomalie de signal osseux de la tête humérale en hyposignal T1, hypersignal DP qui est rehaussée de façon hétérogène après injection de produit de contraste.
- Fine lame d'épanchement articulaire.
- Remaniements arthrosiques de l'articulation acromio claviculaire.
- Bonne trophicité musculaire GOUTALLIER 1.

CONCLUSION :

- Aspect IRM en faveur d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche associée à une tendinopathie du supra-épineux.

DR EL MANDOU

DR SIBBO

DR IMRA

PR NASS

Bon de Rendez-vous



Hôpital Ibn Sina

Index patient(e) : **00995813**

Nom patient(e) : **MOUSTAKIM , SAMIRA**

Couverture Sociale : **Payant (espèce/chèque)**

Rendez-vous le : mercredi le 03/08/2022 à **08:20**

Acte : **Epaule**

Localisation : **Centre de Radiologie HIS S. Radio 1**

**HIS**

Service : **Radiologie centrale**

Consultation : **IRM**

Agenda : **IRM ACCORD**

Médecin Consultant: **EXAMENS**

الرجو تجديد الموعد مباشرةً بعد الفحص لدى مكتب الاستقبال

Prière de renouveler votre rendez-vous après la consultation au bureau d'accueil



FACTURE : HIS/22/N/206504

## Hôpital Ibn Sina

Date création : 03/08/2022

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Bénéficiaire	Adhérent
IP : 00995813	Nom et Prénom: MOUSTAKIM , SAMIRA
Nom et Prénom : MOUSTAKIM , SAMIRA	N° CIN: BJ93131
N° CIN : BJ93131	N° Immatriculation:
Adresse : -	

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
03/08/2022	Radiologie centrale	HNAPIRM112	IRM- Epaule	1	3 000,00	3 000,00

Date Début: 03/08/2022	TOTAL :	3.000,00	DH
Date fin:	Trois Mille Dirhams		



A versé au compte n°310810100012400042530138 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'Hôpital Ibn Sina  
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464  
Imprimé le:03/08/2022 9:57 ICE : 002056603000048 / INPE : 100004563

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
et de la Protection Sociale  
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

Etablissement : Hôpital Ibn Sina

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Somme
206500	200000
Total	

Le 3-08-22

Signature du  
Régisseur Auxillaire