

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº W21-790922

2 176778

- ☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

- ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EZZAKHRAH W Daminia

Date de naissance : 08.09.1966

Adresse : 3 rue jabber Snow HAYATVE mD Palmie

11377330

Tél. : 0668 77 327 Total des frais engagés : Dh

Cadre réservé au Médecin **Dr. Z. BARGACH**

Neurochirurgienne

Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen  
3ème étage, M°75 - Casablanca  
INPE: 091263335

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.07.23 / .....

Nom et prénom du malade : EZZA KHRAÏY HADJIAH Age : 76

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

Nature de la maladie : Affection neurologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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) : .....

Jeff

**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
15.01.23	consultation		3000H	INP: 091263335 Dr. Z. BARGACH Neurochirurgienne Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen 3eme étage, N°75 - Casablanca

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
	16/08/23	IRM lombaire	2500 Ar

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	[ ]															
					MONTANTS DES SOINS	[ ]														
						DEBUT D'EXECUTION	[ ]													
						FIN D'EXECUTION	[ ]													
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			<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		MONTANTS DES SOINS
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
					DATE DU DEVIS	[ ]														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION	[ ]																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**ORDONNANCE**

Casablanca, le

15/07/23

Mme Ezzakhrajy Yamina

Claudication intermittente  
neurogène.

Svp faire IRM lombaire.

**Dr. Z. BARGACH**  
Neurochirurgienne  
Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoume.  
3ème étage, N° 75 - Casablanca  
INPE: 091263335

CENTRE DE RECHERCHE EN NEUROLOGIE  
400, Bd Brahim Roudani - Maarif  
Tél: 0522 25 25 100 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 07 / 05 22 25 50 10 - Fax: 05 22 23 50 55





# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 16/08/2023

FACTURE N° : FA:00 7704/23  
Nom : KADIRI YAMINA  
VVE EZZAKHRAJI

Arrêtée la présente facture à la somme de :

2 500,00 Dhs

**DEUX MILLE CINQ CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

IRM LOMBAIRE.

2 500,00 Dhs

Total de : 2 500,00 Dhs

Mode de règlement : CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

Centre de Radiodiagnostic Roudani - Maârif  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L.** au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040





Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca , Le 16/08/2023

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

KADIRI YAMINA VVE EZZAKHRAJI  
DR BARGACH.Z  
IRM LOMBAIRE

### COMPTE RENDU

*RC/76A/Présente une claudication intermittente neurogène.*

#### **Technique :**

*Sagittales T1, T2 et STIR.  
Coronale T2 et STIR.  
Axiale T2.*

#### **Résultat :**

*Inflexion scoliotique lombaire à convexité droite sans signe de rotation vertébrale décelée.*

*La courbure rachidienne est conservée dans le plan sagittal avec spondylolisthesis L4/L5 responsable d'un rétrécissement canalaire secondaire important en regard de L5.*

*Bombement discal protrusif au niveau de L4/L5 associé à des saillies ostéophytiques et une importante hypertrophie du ligament jaune en regard aggravant le rétrécissement canalaire à ce niveau avec un aspect comprimé du filum terminal en regard et un conflit disco-radicaire bilatéral.*

*Bombement discal protrusif au niveau de L3/L4 et L5/S1 sans signe de conflit ou de rétrécissement canalaire décelé.*

*Absence de hernie discale focale.*

*Cône médullaire d'aspect normal.*

*Importante arthrose somatique antérieure et inter-apophysaire postérieure étagée.*

*Absence d'anomalie au niveau des parties molles péri-rachidiennes.*

*A noter la présence de kystes corticaux rénaux bilatéraux.*



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

*Au total :*

*Inflexion scoliothique lombaire à convexité droite avec spondylolisthésis L4/L5 responsable d'un rétrécissement canalaire secondaire en regard de L5.*

*Bombement discal protrusif associé à des phénomènes dégénératifs type saillie ostéophytique, hypertrophie du ligament jaune aggravant le rétrécissement canalaire secondaire en regard de L4/L5 et responsable d'une compression du filum terminal avec conflit disco-radicaire bilatéral.*

*Rachis dégénératif par ailleurs.*

*En vous remerciant de votre confiance*

**Dr. Y. TAHIRI ZIATI**