

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-790922

A76778



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41011

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EZZAKHRIYYA Yamina

Date de naissance :

08.09.1916

Adresse :

3 rue jabber bna HAYANE imp. Palmier  
Casablanca

Tél. : 0668 77327

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Dr. Z. BARGACH

Neurochirurgienne

Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen

3ème étage, N°75 - Casablanca

INPE: 091263335

Date de consultation : 15.07.23

Nom et prénom du malade :

EZZAKHRIYYA Yamina Age: 76 ans

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) : Jeff.

Le : 26 SEP 2023  
R.P.J. / JEFF

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	
15.07.23	consultation		300DH	INP : 091263335 Dr. Z. BARGACH Neurochirurgienne Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen 3eme étage, N°75 - Casablanca INPE: 091263335	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
<i>DR. Z. BARGACH - Casablanca</i>	16/07/23	IRM	2500 Dh		
		bombardé			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																

**Dr Z. BARGACH**

Neurochirurgienne

**دكتورة برگاش**

جراحة الدماغ والعمود الفقري

**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 Abdelmoumen.  
3ème étage N° 75 - Casablanca  
INPE: 091263335

CENTRE DE ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél: 0522 52 36 06 / 0522 23 36 21 / 0522 25 13 05  
Fax: 0522 23 36 70 / 0522 23 36 05

Dr Bouamama  
Radiologie L'espoir.

05-22-86-23-23

DR BOUAMAMA  
RADILOGIE L'ESPOIR.  
05-22-86-23-23  
HASSAN

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 Spiralé - 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 WAFA BANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**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 Spiralé - Dentascanner

Casablanca , Le 16/08/2023

Patient **KADIRI YAMINA VVE EZZAKHRAJI**  
Médecin traitant **DR BARGACH.Z**  
Examen(s) réalisé(s) **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 spondylolisthésis 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-radiculaire 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.*

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 Spiralé - Dentascanner

*Au total :*

*Infexion scoliootique 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-radiculaire bilatéral.  
Rachis dégénératif par ailleurs.*

*En vous remerciant de votre confiance*

*Dr. Y. TAHIRI ZIATI*

