

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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

N° W21-813181

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-813181

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



# 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
13/12/23	C.S		250.000	INP : VINPE : 161202743
DEC 2023	C.S		64.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	313.30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/12/23	213	1300.000 H
		210	150.000 H

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B			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"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Anass SEDKI**

- NEUROCHIRURGIE
- CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
- CHIRURGIE DE LA COLONNE VERTÉBRALE
- ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE
- STÉRÉOTAXIE CÉRÉBRALE



**الدكتور أنس صدقي**

- جراحة الدماغ و الاعصاب
- جراحة العمود الفقري
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- الجراحة الدقيقة

Tétouan le : 13 DEC 2023 : تطوان في :

Satti Abderrahman

40.00

EFFIPRED 20 mg : 3 cp/j le matin pdt 3 j

Puis : 2 cp/j le matin pdt 3 j

169.00

DOLICOX 90 mg : 1 cp/j après un repas pdt 14 j

EZIUM 20 mg : 1 gélule/j le matin avant repas pdt 14 j

82.10

CODOLIPRANE : 1 cp 3 fois/j pdt 10 j après un repas

22.20

313.30

Régime hyposodé +++

Prière ne pas modifier la prescription médicale

et respecter la durée du traitement SVP

**Dr Anass SEDKI**  
Neuro-Chirurgien  
ass Rés Yasmin Wilaya A/1  
Bureau N°2 Tétouan  
v All: T



**Dr Anass SEDKI**

- NEUROCHIRURGIE
- CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
- CHIRURGIE DE LA COLONNE VERTÉBRALE
- ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE
- STÉRÉOTAXIE CÉRÉBRALE



**الدكتور أنس صدقي**

- جراحة الدماغ و الاعصاب
- جراحة العمود الفقري
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- الجراحة الدقيقة

Tétouan le : ..... 13 DEC 2023 ..... تطوان في : .....

SAATI Alena lman

air : h

TM le fader  
Ldai

Rx Bain F

pe - - S, 647

AM: 08

US S R

Service Imagerie  
Clinique CHAMAL  
Tél: 0539 99 01 54 Fax: 0539 72 54 82  
GSM: 0667 86 23 02

Avenue Allal fassi résidence Yasmin wilaya A/1 bureau N° 2. Tétouan – Tél: +212 5 39 99 53 32

+212 5 39 99 53 32 : الهاتف - تطوان - مكتب 2 - علال الفاسمي إقامة بالمين الولاية 1/ مكتب 2 - تطوان

**Anass SEDKI**  
**Neuro-Chirurgien**  
Allal fassi Rés Yasmin Wilaya A/1  
Tétouan

قرصا فائرا معيار 5 ملغ .  
علبة تحتوي على 20 قرصا فائرا معيار 20 ملغ .

#### التركيب :

- أقراص فائرة معيار 5 ملغ  
بريدنيزولون (على شكل ميتاسولفونيزوات الصوديوم) ..... 5 ملغ  
السواغ، الكمية الكافية ل ..... قرص فائرا واحد.
- أقراص فائرة معيار 20 ملغ  
بريدنيزولون (على شكل ميتاسولفونيزوات الصوديوم) ..... 20 ملغ  
السواغ، الكمية الكافية ل ..... قرص فائرا واحد

#### الخصائص

إفيريدي هو غلوكوكورتيكويد يستخدم للجسم كله، يستعمل أساسا لخاصياته  
المضادة للإلتهاب والمضادة للحساسية والمحبطة للمناعة.

#### دواعي الاستعمال :

الإصابات بداء المفاصل، والإصابات التنفسية وإصابات الأنف  
والحنجرة وإصابات العين وإصابة الجهاز العصبي وإصابات الكليتين والأورام  
السرطانية والإصابات العدوانية وإصابات الدم والغدد والإصابات الهضمية  
والجلدية ومرض الكولاجين.

#### المقادير وطريقة تناول :

- يجب الإمتثال بدقة لوصفة الطبيب.
- تأخذ الأقراص مذابة في كأس من الماء خلال الوجبات، ويستحسن أن تأخذ  
مرة واحدة في الصباح.

#### موانع الاستعمال :

- كل حالات الإصابات الملوثة الغير معالجة بواسطة المضادات الحيوية أو  
مضادات الفطريات.
- بعض الأمراض الفيروسية في مرحلة تطورها (الهربس، الفاريسال، الزونا،  
والتهاب الكبد)
- حالات الإصابة النفسية الغير مراقبة بالعلاج.

#### احتياطات الاستعمال وتنبيه :

في حالة المعالجة لمدة طويلة :

- يجب مراعاة نظام غذائي فقير للسكريات وغني بالبروتينات والكالسيوم .
- يجب تخفيض الكميات المتناولة من الصوديوم بأخذ بعين الإعتبار كمية  
الصوديوم التي يتوفر عليها القرص ( 43 ملغ من الصوديوم في كل قرص معيار  
20 ملغ، و 28.6 ملغ من الصوديوم في كل قرص معيار 5 ملغ ) .
- لا يجب مطلقا إيقاف العلاج بشكل مفاجيء وإنما نقص المقادير بشكل  
تدريجي تبعا لوصفة الطبيب .

وفي جميع الحالات :

- يجب إخبار الطبيب المعالج بكل مرض آخر (ارتفاع ضغط الشرايين ومرض  
السكري وتخلخل العظام والقرحة الهضمية الحديثة أو القديمة والقصور  
الكلي) أو في حالات الحمل أو الرضاعة .
- ولتفادي التفاعلات المحتملة بين الأدوية، يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي  
بالعلاجات الأخرى الموازية وخصوصا : بعض أدوية القلب، أسبيرين، مضادات  
التخثر، مضادات السكري، بعض المضادات الحيوية ومدرات البول منقصة  
البوتاسيوم في الدم وبعض مضادات الصرع .

الرياضيين :

- يحتوي هذا المستحضر على عنصر نشيط يمكن أن يؤدي إلى تفاعل إيجابي  
خلال مراقبة تعاطي المنشطات .

#### الآثار غير المرغوب فيها :

كبقايا المواد النشطة، يمكن لهذا الدواء أن يسبب آثارا مقلقة لدى بعض  
الأشخاص لا تردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي .

#### السواغ المعروف بتأثيره :

بنزوات الصوديوم .

يحتوي على كمية من الصوديوم تساوي 43 ملغ من الصوديوم في كل قرص  
معيار 20 ملغ و 28.6 ملغ من الصوديوم في كل قرص معيار 5 ملغ .

#### الشروط الخاصة لحفظ الدواء :

ينبغي حفظه بعيدا عن الحرارة والرطوبة .

لاتتركوا الأدوية في متناول الأطفال .





# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol. ....  
Phosphate de codeïne hémihydraté.....  
(Quantité correspondant à codeïne base)  
Excipients : gélatine, acide stéarique, amide

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

PPV:22DH20

PER:01/25

LOT:M147



**CLINIQUE CHAMAL**

VOIE DE CONTOURNEMENT AVENUE 9 AVRIL-93000 TETOUAN

TEL : 0539990754 FAX : 0539725482

TETOUAN

# Reçu de caisse

N°: 231214094846SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23L140948	SATTI ABDERRAHMAN	14/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	.	1 400,00
	Total payé	1 400,00

*Reçu établi par :SOUAD*



# CLINIQUE CHAMAL

VOIE DE CONTOURNEMENT AVENUE 9 AVRIL-93000 TETOUAN  
TEL : 0539990754 FAX : 0539725482

## FACTURE

N° Admission : 23L140948

N° : 8987 / 2023 du 14/12/2023

Nom patient **SATTI ABDERRAHMAN**  
**PAYANT**

Entrée 14/12/2023  
Sortie 14/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SCANNER RACHIS LOMBAIRE	1,00		1 300,00	1 300,00
RADIO BASSIN FACE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	1 400,00
Total Clinique				1 400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 1 400,00

  
Clinique Chamal  
Bd 9 Avril - Tetouan  
Tel: 0539 990754 Fax: 0539 725482  
GSM: 0667 862302 - ICE: 000525901000018



Le : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : **SATTI ABDERRAHMAN**

Médecin demandeur : **DR SEDKI**

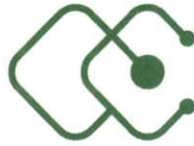
## Compte rendu de radiographie bassin face

- Respect de la trame osseuse
- Absence de lésion osseuse focale.
- Respect des articulations coxo-fémorales.
- Condensation des berges des articulations sacro-iliaques.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance

*Dr Kacemi Loubna*  
Médecin spécialiste en imagerie  
médecine et radiodiagnostic  
Clinique Chamal  
93000 Tétouan  
Tél : 0539 99 07 54 / 0539 72 54 82  
Fax : 0539 72 54 82  
E-mail: radiologie.chamal@gmail.com / clinique.chamal@gmail.com





Le : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : **SATTI ABDERRAHMAN**

Médecin demandeur : **DR SEDKI**

## Compte rendu TDM du rachis lombaire

**Renseignements cliniques** : 64ans, lombosciatique S1 droite.

**Technique** : Acquisition spiralee de 0.5mm d'épaisseur sans injection de produit de contraste avec reconstructions sagittales.

### **Résultats :**

- Légère rectitude du rachis lombaire.
- Absence d'anomalie transitionnelle.
- Les mensurations canalaire sont respectées au niveau des différents étages explorés.  
L3 : 18.6mm ; L4 : 19.6mm ; L5 : 20.5mm.
- Au niveau de L3-L4 : Absence d'hernie discale individualisable.
- Au niveau de L4-L5 : Protrusion discale non conflictuelle.
- Au niveau de L5-S1 : Protrusion discale non conflictuelle avec ostéophytose somatique latérale postérieure et latérale bilatérale faisant saillie au niveau des foramen. Présence d'un vide discal avec migration de bulles d'air en intra-canalair.
- Aspect condensé des berges antérieures des deux sacro-iliaques.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte visible.
- Absence d'anomalie des parties molles paravertébrales.

### **Conclusion :**

- TDM lombaire révélant un débord discal non conflictuel avec ostéophytose postérieure et latérale en L5-S1, avec discarthrose avec migration de bulles d'air en intra-canalair.

Dr Kacemi Loubna  
Médecin spécialiste en imagerie  
médicale et radiodiagnostic  
Clinique Chamal  
Avenue 9 Avril - 93000 Tétouan  
INPE 161157573  
Merci de votre confiance

الطريق الدائري، شارع 9 أبريل - تطوان

Voie de contournement, Avenue 9 Avril - 93000 Tétouan

ICE: 000525901000018

Tél / Fax : 0539 99 07 54 / 0539 72 54 82

E-mail: radiologie.chamal@gmail.com / clinique.chamal@gmail.com