

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M23-001916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : 2 AM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID 201542  
Date de naissance : 26-06-49  
Adresse : cité ATTADAMOUNE Rue 2 N°6 - OULFA  
CASABLANCA  
Tél. : 066 387 50 63 Total des frais engagés : 2282,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Compement  
CHOPS

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age: 68  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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.

MARLANCA

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



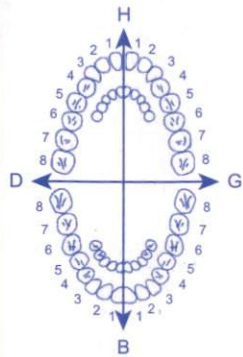
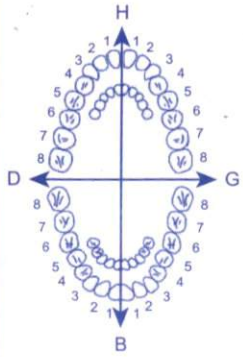
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H

25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

B

Coefficient  
des travaux

D

G

Montants  
des soins

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Date du  
devis

Date de  
l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-001917

☐ 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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0001917

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 : .....



### 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

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

Nombre			
A M	P C	I M	I V

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

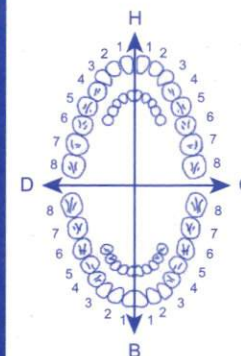
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

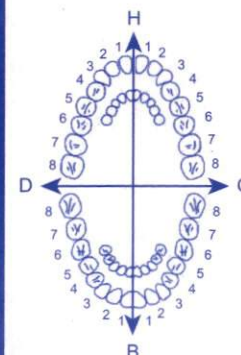
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CIM-10

[illegible]

INP: [REDACTED]

### Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédica
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



ورقة العلاجات المستفيدة بالمرض  
Feuille de soins Maladie

رقم الهاتف (اختياري):  
N° du Tél (optionnel):

الاسم العائلي والشخصي: **BENJALOUY Amima**  
رقم الإنخراط: **153844**  
رقم التسجيل: **939130532**  
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **178767**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة):  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): ☒ Conjoint ☐ زوجه ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان: **Route Soudanienne rue 2, n° 6 AZHAR**  
Adresse: **EPAILLA ABAJLANA**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **2989,70 DH**  
Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: **9**  
Nombre de pièces jointes:

الاسم العائلي والشخصي: **ABENJALOUY Amima**  
Nom et prénom:

تاريخ الزيداد: **21/03/1996**  
Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **178767**  
N° CIN:

الجنس: ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ Masculin ☐ Féminin

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: **091277186**  
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات: ☒ مرض ☐ أمومة ☐ إستشفاء ☐ حادث

تم تقديم الظرف المغلق: ☐ oui ☐ non

تاريخ الحمل: ☐ تاريخ المرتقب للولادة: ☐ تاريخ الاستشفاء: ☐ تاريخ الحادث: ☐ أسباب الحادث: ☐

Plu confidentiel remis\*: ☐ Date de grossesse: ☐ Date prévue d'accouchement: ☐ Date d'hospitalisation: ☐ Date d'accident: ☐ Causes: ☐

فعل إلى: **ASABLANA** حرر في: **12/01/2014**  
Le: **12/01/2014**

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, ordonnances, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au cas échéant. Les résultats des examens biologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail).

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes.

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence.

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement.

Une personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires (Article 135 de la Loi 65-00).

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et dresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها، وإرفاقها بجمع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ).

المؤمن غير مطالب بالأداء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالأداء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإلزامية المبالغ المستفيدة بغير حق دون الإخلال بالاعتبارات المبسوسة عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

المزيد من المعلومات يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

توقيع وطابع التعاوضية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent: ☐ تاريخ الإيداع: ☐

Date de dépôt du dossier: ☐



le médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
 maladies de système  
 umatismes inflammatoires  
 maladies auto-immunes  
 maladies hématologiques  
 eck-up - Echographie

Dr Kenza ZAIM  
 د. كنزة الزعيم

مرضى الجهازية  
 مرض الروماتيزم  
 مرض المناعة الذاتية  
 مرض الدم  
 فحص العام وبالصدى

12/01/24

BENZALLOUN Amina

29,70 €

1/ Azix 500

1 cp / j x 5 jrs

2/ Doliprane 500

1 cp x 3 j x 15 jrs

3/ Muxol

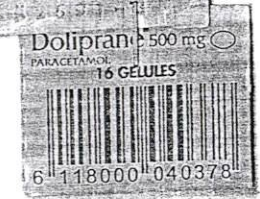
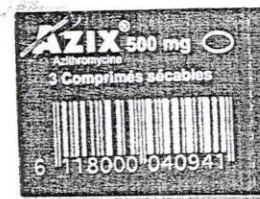
1 cas x 3 j x 5 jrs

4/ Vaxigrip Tetra

1 inj sc (après 2 semaines)

1 = 333,10

95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, Résidence Ismaïla, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca  
 95 شارع أنوال و زاوية رفقة ثابت ابن قرة، إقامة الاسماعيلية، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء  
 05 22 86 32 22 06 24 20 20 10 drzaimkenza@gmail.com





Dr Kenza ZAIM  
د. كنزة الزعيم

1571124

1 = 899, 60

**Dr. Enzo Fongaine**  
Medicine Générale  
05, rue Andrieux et angle rue Thibet n° 14.  
06.72.72.72.

95 شارع أنوال وراوية رفقة تحت ابن قرة إقامة الإسلامية الضيق 14 - السار البيضاء

06 36 38 38 10      drazimkenza@gmail.com

Acide Alendronique GT 70 mg  
4 comprimés pelliculés



6 118001 270248



# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 16/01/2024

**FACTURE N°00618/2024**

**NOM & PRENOM: BENJALLOUN AMINA**

EXAMEN	MONTANT
RX. EPAULE GAUCHE F/P DE LAMY	300 DH
TOTAL	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bouchaib ELMDARI  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)



# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 22/01/2024

## FACTURE N°00803/2024

NOM & PRENOM: BENJALLOUN AMINA

EXAMEN	MONTANT
RX. EPAULE DROITE FACE & PROFIL DE LAMY	300 DH
TOTAL	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca 20220  
Tél: 0522 93 04 93

Bouchaib EL MDARI  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00

Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)



Maladies hématologiques  
Check-up - Echographie

Dr. KENZA ZAIM  
د. كنزة الزعيم

أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدى

Maladies hématologiques  
Check-up - Echographie

15/01/24

BENJALLOUN Amine

Rx de l'épaule G<sup>h</sup>  
Face  
+ profil de l'amy.

Dr. Kenza ZAIM  
Médicine Interne  
95, Bd Anoual et angle Rue Tabit  
Bnou El Kourra, 1er étage, n° 14.  
Tél : 05 22 86 32 22

95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, Résidence Ismailia, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca  
95 شارع أنوال و زاوية رفقة ثابت ابن قرة، إقامة الإسماعيلية، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء  
05 22 86 32 22 06 24 20 20 10 drzaimkenza@gmail.com

Dr. KENZA ZAIM  
د. كنزة الزعيم

أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدى

15/01/24

BENJALLOUN Amine

Rx de l'épaule D<sup>T</sup>  
Face + profil de l'amy.

Dr. Kenza ZAIM  
Médicine Interne  
95, Bd Anoual et angle rue Tabit  
Bnou El Kourra, 1er étage, n° 14.  
Tél : 05 22 86 32 22

95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, Résidence Ismailia, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca  
95 شارع أنوال و زاوية رفقة ثابت ابن قرة، إقامة الإسماعيلية، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء  
05 22 86 32 22 06 24 20 20 10 drzaimkenza@gmail.com



Spécialiste en Médecine Interne

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Maladies de système  
Rhumatismes inflammatoires  
Maladies auto-immunes  
Maladies hématologiques  
Check-up - Echographie



Dr Kenza ZAIM

د. كنزة الزعيم

أخصائية في الطب الباطني  
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
الأمراض الجهازية  
أمراض الروماتيزم  
أمراض المناعة الذاتية  
أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدى

12/01/24

BENJALLOUN Amine

Vitamine B12

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. J.L. KHALOUK  
Médecin Biologiste  
107, 20080 - Casablanca

95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, Résidence Ismailia, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca  
95 شارع أنوال و زاوية رفقة ثابت ابن قرة، إقامة الإسماعيلية، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء

05 22 86 32 22 06 24 20 20 10 drzaimkenza@gmail.com





En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	03/04/2024	Virement	-	2 862,20	1 766,33	406,70	2 173,03
86201447	26/02/2024	Payé en : 37 jours		BENJALLOUN AMINA	579,50	308,00	77,00	385,00
86201511	26/02/2024	Payé en : 37 jours		BENJALLOUN AMINA	2 282,70	1 458,33	329,70	1 788,03
2	-	27/03/2024	Virement	-	1 905,30	1 112,49	200,37	1 312,86
3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80	2 225,56	101,23	2 326,79
2	-	01/11/2023	Virement	-	4 286,10	2 703,88	638,66	3 342,54



Royaume du Maroc



MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMQUN R 2 N 6 AZ

CHIFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

XXXXX

Accusé de Réception



N° de Dossier :

86201511

Date et heure : 26/02/2024 10:52

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

2.282,70

Nombre de pièces : 25

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :





# Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

## مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 12/01/24

Prélèvement effectué à 09:08

Edition du : 12/01/24

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf : 24A364

Page 1/1

### Compte Rendu d'Analyses

#### VITAMINES

Normales

Antécédents

Vitamine B12 -----: 572,70 pg/ml  
(Chemiluminescence)

191 - 663

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. J.L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
349, 118, Oued Daoura - Casablanca 19610364 05 22 93 33 44



**Spécialiste en Médecine Interne**  
Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
**Maladies de système**  
**Rhumatismes inflammatoires**  
**Maladies auto-immunes**  
**Maladies hématologiques**  
**Check-up**



**مختصة في الطب الباطني**  
مقيمة بمجال الباطن في المستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
**الأمراض الباطنية**  
**أمراض الروماتيزم**  
**أمراض المناعة الذاتية**  
**أمراض الدم**  
**الفحص العام**

Casablanca, le 15/01/24

**Patient : BENJALLOUN Amina**

**Examen réalisé : échographie de l'épaule gauche**

**Renseignements cliniques : douleur de l'épaule gauche**

**Résultat :**

Etude comparative

Absence d'anomalie d'échostructure et d'épaisseur des tendons du sus-épineux, sous-épineux, sub-scapulaire et de la longue portion du biceps

Tendon de la LPB d'échostructure normale, dans sa gouttière

Tendon du sus-épineux d'échostructure hétérogène, sans fissures, siège de plusieurs petites calcifications, la plus volumineuse mesurant 2.4 mm

Les tendons sub-scapulaires et sous-épineux sont d'échostructure normale

Présence d'une petite bursite d'aspect hétérogène, mesurant 2.8 mm

Absence d'épanchement intra-articulaire

Articulation acromio-claviculaire congestive, pincée, siège d'ostéophytes

**Conclusion :**

Aspect de tendinopathie chronique calcifiante du tendon sus-épineux gauche

Présence d'une bursite

Arthrose acromio-claviculaire gauche

95, Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca  
(entre Clinique Internationale et Laboratoire Glab, Station Tramway: l'Hermitage)

95 شارع أنوال وزاوية زنقة ثابت ابن قرّة، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء

☎ 05 22 86 32 22 ☎ 06 24 20 20 10 ✉ drzaimkenza@gmail.com



Docteur Fatiha LASRI  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 16/01/2024

PATIENT : BENJALLOUN AMINA  
MEDECIN TRAITANT : DR. ZAIM KENZA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX. EPAULE GAUCHE F/P DE LAMY

- Déminéralisation osseuse modérée.
- Aspect hétérogène du tubercule majeur.
- Légère réduction de l'espace sous-acromial.
- Acromion crochu.
- Aspect normal de la tête humérale de l'articulation gléno humérale et acromio humérale.
- Parties molles d'aspect normal.

Conclusion :

- Déminéralisation osseuse modérée.
- Forte suspicion de conflit sous-acromial : À compléter par une échographie de l'épaule.

Confraternellement  
DR. ELM DARI BOUCHAIB

N.C\*

Dr Bouchaïb EL MDARI  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii, Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 93 04 93



**CENTRE DE RADIOLOGIE  
EL OULFA**



**مركز الفحص بالأشعة  
الألفة**

**Docteur Fatiha LASRI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaires
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 22/01/2024

PATIENT :

**BENJALLOUN AMINA**

MEDECIN TRAITANT :

**DR. ZAIM KENZA**

EXAMEN(S) REALISE(S) :

**RX. EPAULE DROITE FACE & PROFIL DE LAMY**

- Déminéralisation osseuse.
- Aspect normal de la tête humérale de l'articulation gléno humérale et acromio humérale.
- Absence de signe d'arthrose ou de calcification anormale.
- Parties molles d'aspect normal.

**Conclusion :**

- Radiographie de l'épaule droite ne révélant pas d'anomalie.

**Confraternellement**

**DR. ELMDARI BOUCHAIB**

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 63 04 93

N.C