

# 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.

M23-001916

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 901549  
 Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID  
 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 :

*CoupeCement  
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.

*MAAIA JCS*

Le : ..... / .....

## 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [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

# 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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

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) : .....

## 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 : .....

## 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

Page 1000

\* 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.

### 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**جريدة الامم المتحدة** **الصادرات الطبية المعدة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/10/84	899,60	Dr. Boudaoui, Lekter 02, Bd Oued Sba CASABLANCA 02.0522.90.70.90
12/09/84	333,10	Dr. Boudaoui, Lekter 02, Bd Oued Sba CASABLANCA 02.0522.90.70.90
		INP: [REDACTED]

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

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 طبيب الأشعة أو الإحدياني Signature et Cachet du Radiologue du Biologiste
12/01/24	Buop			450,00	LABORATOIRE CHAHID D'ANALYSES MEDICAL Dr. J.L. KHALILOUK Médecin Biologiste
					Centre de Radiologie El Oulfa Bd. Oum Reba / Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél : 05 22 93 04 93
16/01	Re OX RVO G4			300,00	Centre de Radiologie El Oulfa Bd. Oum Reba / Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél : 05 22 93 04 93
12/01/24	Re OX RVO G4			300,00	Centre de Radiologie El Oulfa Bd. Oum Reba / Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél : 05 22 93 04 93

Actes Paramédicaux

# ورقة العلاجات المعمتمة ببصمة Feuille de soins Maladie



N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

رقم الهاتف. (اختياري)  
Numéro de téléphone (facultatif)

الاسم العائلي والشخصي  
Nom et prénom:

رقم الاتصال:  
N° de téléphone:

رقم التسجيل:  
N° d'immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:  
N° CIN:

علاقة القرابة:  
Lien de parenté du bénéficiaire:

بين المستفيد والمؤمن (ة):  
Entre le bénéficiaire et l'assuré:

العنوان:  
Adresse:

أدلة المصاريف (بالدرهم):  
Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة:  
Nombre de pièces jointes:

## Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات  
Bénéficiaire de soins:

الاسم العائلي والشخصي:  
Nom et prénom:

تاريخ الازدياد:  
Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:  
N° CIN:

الجنس\*: اثنى  
Sexe\*: Féminin

## Identification du médecin traitant

نº de l'identifiant National des Professionnels  
et des Établissements de santé (INPE)

091277186

رقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة  
et aux établissements de santé

و مؤسسات العلاج

نوع العلاجات

Type de soins	تم تقديم الطرف المغلق*: oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>
Maladie*	<input checked="" type="checkbox"/> مرض *
Maternité*	<input type="checkbox"/> امومة *
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء *
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث *
Date de grossesse:	تاریخ الحمل:
Date prévue d'accouchement:	التاریخ المرتقب للولادة:
Date d'hospitalisation:	تاریخ الاستشفاء:
Date d'accident:	تاریخ الحادث:
Causes:	أسباب الحادث:

Fait à: CNOPS  
Le: 15/11/2014  
توقيع المؤمن (ة):  
Signature de l'assuré (e):

\* Cocher la mention utile pour chaque case

Fait à: Casablanca  
Le: 12/11/2014  
أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع وطابع الطبيب المعالج  
أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Etablissement de soins

ضع علامة في الخانة المناسبة

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

Résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors de dépôt des dossiers de demande de remboursement au sein de votre Mutuelle. 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 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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf si 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.

Toute 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.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (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 Haïl, B.P 209 - Rabat.

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Le patient doit fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Il faut fournir une copie de la feuille de soins et de l'ordonnance médicale au moment de la consultation. La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée de pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, feuilles de soins, etc.).

Cachet et signature de la mutuelle

تحفظ وطابع الصاحب

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier:



دكتورة ملمسنعي المريضي بـ ابن رشيد الدار البيضاء  
أمراض الجهازية  
راضن الروماتيزم  
راضن المثانة الذاقية  
راضن الدم  
بحص العام وبالصدى

12/01/24

BENJALLOUN Amine

29,70 Dhs

1) Azix 500 mg

1 cap x 5 j

180

2) Doliprane 500 mg

1 cap x 3 j x 15 j

8,60

3) Muxol

1 cas x 3 j x 5 j

30

4) Vaxigrip Tetra

1 inj sc (après 2 semaines)

T = 333,70



écrivain en médecine interne  
ien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
ladies de système  
umatismes inflammatoires  
ladies auto-immunes  
ladies hématologiques,  
eck-up - Echographie



الطب الباطني في المختبر المختالي  
طبيبة سائقة بالسيارة المتميزة - سيدات، النساء  
الأمراض الجهازية  
أمراض الروماتيزم  
أمراض المتابعة الذاتية  
أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدري

15/11/24

BENTJALLOUN Amina  
269,00 + 80,80

| Dolcox 90mg S.V.

1 cap/j 20 ffs après les 3 ffs  
7,70 des injections IM

| Vantec 10mg

1 cap/j le mat. x 4 mois

| Deslos 20 S

1 cap/j x

| Profenid injectable

26,00 x 3 ffs  
1 amp en IM x 2 ffs x 3 ffs

| Acide Alendronique GT 70 mg AM  
1 cap/semaine, le mercredi  
DR. KENZA ZAIM  
Médecin généraliste  
95, Bd Anoual et angle Rue Tabit  
Boulevard Bourguiba 1er étage n° 14  
Casablanca 20132  
Tunisie



T = 899,60

# 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

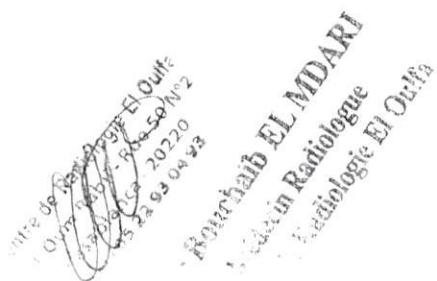
Casablanca, le 16/01/2024

## 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



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 93 563 Capital: 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 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 22/01/2024

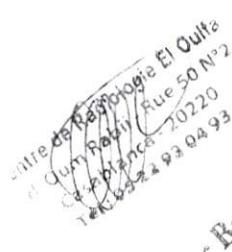
## FACTURE N°00803/2024

NOM & PRENOM: BENJALLOUN AMINA

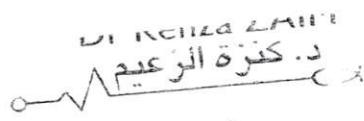
EXAMEN	MONTANT
RX. EPAULE DROITE FACE & PROFIL DE LAMY	300 DH
TOTAL	300 DH

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

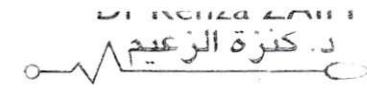
Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@com](mailto:radiologie-oulfa@com)



Maladies hématologiques  
Check-up - Echographie



سرير مرض الدم  
الفحص العام وبالصدري  
Maladies hématologiques  
Check-up - Echographie



أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدري

15/01/24

15/01/24

BENJALLOUN Ameur

BENJALLOUN Ameur

Rx de l'opacité G<sup>lu</sup>

Rx de l'opacité D<sup>T</sup>

Face  
+ profil de larynx

Face + profil de larynx



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

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

95 Bd Anoual et angle Rue Tabit Bnou Kourra, Résidence Ismailia, 1<sup>er</sup> étage, N° 14 - Casablanca

شارع أنوال و زاوية ربيقة ثانية ابن قرفة، إقامة الإسماعيلية الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء

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

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 الزييم

أخصائية في الطب الباطني  
طبية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
الأمراض الجهازية  
أمراض الروماتيزم  
أمراض المخاعة الذاتية  
أمراض الدم  
الفحص العام وبالصدى

12/01/24

BENZALLOUN Anouar

Vitamine B12

L'ABORATOIRE CHAHDA  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. J. L. KIDALLOUK  
Médecin Biologiste  
Casablanca, Maroc

شارع أنوال و زاوية زنقة ثابت ابن قرة، إقامة الإسماعيلية، الطابق 1، رقم 14 - الدار البيضاء  
95  
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	-	2 862,20 766,33	1	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	2 282,70 458,33	1	329,70	1 788,03
■ 2	-	27/03/2024	Virement	-	1 905,30 112,49	1	200,37	1 312,86
■ 3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80 225,56	2	101,23	2 326,79
■ 2	-	01/11/2023	Virement	-	4 286,10 703,88	2	638,66	3 342,54

Royaume du Maroc



## Accusé de Réception

NOM : BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

0911 FA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

XXXX

N° de Dossier :

86201511

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

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Beneficiaire/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 للتحاليل 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

Édition du : 12/01/24

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf : 24A364

Page : 1/1

### Compte Rendu d'Analyses

#### VITAMINES

	Normales	Antériorités
Vitamine B12 -----: (Chimiluminescence)	572,70 pg/ml	191 - 663

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MÉDICALE  
Dr. J. L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
Casablanca - Maroc - 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 المطلب الباطني  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
**الأمراض الباطنية**  
**أمراض الروماتيزم**  
**أمراض الملاعنة 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)  
شارع أنوال و زاوية زنقة ثابت ابن قرة، 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

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

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

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

- 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. ELMDARI BOUCHAIB

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

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA



مركز الفحص بالأشعة  
الульففة

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

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

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

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

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

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- 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.

Dr Bouchaïb EL MDARI  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd Oued Oum Rabii - Rue 50 M<sup>e</sup>  
Casablanca - Tel: 05 22 93 04 93

Confraternellement

DR. ELMDARI BOUCHAIB

N.C