

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 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 |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhesion@mupras.com |

La Mutuelle s'engage à respecter la loi n° 78-17 du 6 JANVIER 1978 relative à la protection des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° W21-764419

133326

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **7291** Société : **RAN**

Matricule : **7291**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **LATIFA**

Nom & Prénom : **FADOJAH**

Date de naissance : **1981/11/11**

Adresse : **086144461**

Tél : **086144461** Total des frais engagés : **0**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **MUPRAS H. HAKANI**

Date de consultation : **14 OCT. 2022**

Nom et prénom du malade : **ACCUEIL**

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

Nature de la maladie : **ACCUEIL**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **13/11/2022** Le : **13/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

[illegible]

CENTRE DE RADIOLOGIE		ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/09/22	2.6	400.00 AD

[illegible]

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Ce relevé est établi par le praticien pour attester la réalisation matérielle des soins dentaires et ne constitue pas un document comptable.			
Important : Veuillez inscrire les radiographies effectuées de préférence avant l'intervention thérapeutique afin d'éviter tout litige.			
S.O.I.N.S D.E.N.T.A.I.R.E.S	Dents <i>&</i> Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DÉBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 ----- D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</small>		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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مرکز 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 Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 28/09/2022

FACTURE N° : FA:00 8969/22
Nom : SERRAJ RANIA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 400,00 Dhs

QUATRE CENTS DHS

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

PANGONOGRAMME 400,00 Dhs

Total de : 400,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20.100 - Casablanca
Tél: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax: 0522 23 50 68
e-mail: roudani@hotmail.fr

Dr. Hind Bouziane Oumghari

Spécialiste en Médecine Interne
Lauréate de la Faculté de Médecine
de Casablanca et Bordeaux

Maladies de système - Rhumatologie
Grands syndromes - Pathologie vasculaire
Diabétologie - Nutrition - Gériatrie

د. هند بوزيان أومغاري

إختصاصية في الأمراض الباطنية
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء و بوردو

الأمراض المجموعة - أمراض الروماتيزم
المتلازمات الكبيرة - أمراض الشرايين
داء السكري - التغذية - طب الشيخوخة

Casablanca, le :

28.9.2022

nelle Semaj Dalia

Rx Pangonographie
face

Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLOGUE
06 22 28 59 86 - 06 94 31 55 57
400, Bd. Bachir Laalaj, N°9
Im. Oushmane, 1^{er} étage, n°17 - Casablanca
Tél.: 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57
E-mail: hind_bouziane@hotmail.fr

Dr. Hind Bouziane
Spécialiste En Médecine Interne
06 22 28 59 86 - 06 94 31 55 57
400, Bd. Bachir Laalaj, N°9
Im. Oushmane, 1^{er} étage, n°17 - Casablanca
Tél.: 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57
E-mail: hind_bouziane@hotmail.fr

Bd. Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj N°9, Im. Oushmane, 1^{er} étage, n°17 - Casablanca
شارع عبد المومن، رقم 9 زنقة البشير لعلي، إقامة أوسمان 1، ط 3 رقم 17 - الدار البيضاء
Tél. : 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57 • E-mail : hind_bouziane@hotmail.fr



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDAN

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 Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 28/09/2022

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

SERRAJ RANIA
DR BOUZIANE OUMGHARI HIND
PANGONOGRAMME

COMPTE RENDU

Résultat :

Absence d'inégalité significative de la longueur des membres inférieurs.

Discret varus bilatéral calculé à 3,8° à droite et à 4,5° à gauche (valeurs corrigées).

Absence d'anomalie morphologique par ailleurs au niveau du squelette des deux membres inférieurs.

Bascule gauche du bassin d'environ 8 mm.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL

Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLISME
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 05 22 33 40 00 - Fax: 05 22 33 40 01
Email: info@roudani.ma