

# 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.

M22- 0038792

168324

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7907

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIKA T OMAR

Date de naissance : 03-06-65

Adresse : Rue 66 N° 100 Ag.hari Iouffa

casa

Tél. : 06.61.08.77.15

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr Abdelkader ACHARKI  
Oncologue-Radiothérapeute  
INP 091157321  
Ryad Oncologia Clinic

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Neoplasie du sein*

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) :

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/01/2013      | 4                 |                       | 300                             | <b>Pr Abdellkader ACHARKI</b><br>Oncologue-Radiothérapeute<br>INP 091157321<br>Ryad Oncologia Clinic |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <b>GRANDE PHARMACIE NABIL BERRADA</b><br>Dr. en Pharmacie Rachid<br>Cité Moulay Rachid<br>Laayoune Tél. 05 28 89 00 41<br>Fax : 022 06 66 66<br>204 Bloc F Cité Moulay Rachid<br>Laayoune Tél. 05 28 98 00 41<br>Fax : 05 28 89 08 99 | 19/01/2013 | £ 391,00 DA           |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <b>RADIODIAGNOSTIQUE</b>                            | 18/01/2013 | 21K 78 40 250                | 38000 DA               |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

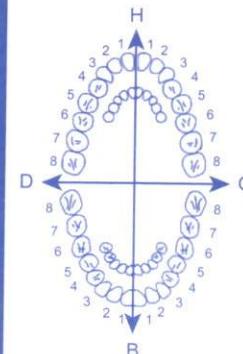
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des Travaux |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 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

P.P.V.: 797,00 DH

Lot n° /Exp.

GE0784  
03/2025

P.P.V.: 797,00 DH

Lot n° /Exp

GM 4558  
- 351.2025

مصححة  
الرياض للأنكلو

17 May 2023

Q-e Babalshîn Amâz

797,00 X 3

i) Aromatic op (3bow)

5

Acrylic

**Pr Abdelkader ACHARAKI**  
Oncologue Radiothérapeute  
INP 09 157321  
Ryad Oncologia Clinic

~~LA GRANDE PHARMACIE  
LA GRANDE PHARMACIE  
NABIL FERRADA~~

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute

Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TRA Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM/Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**  
Onco-Radiothérapeute

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologiryad.com](http://www.oncologiryad.com)  
GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**  
Onco-Radiothérapeute

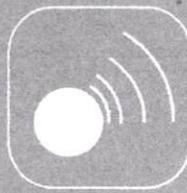
1 Nov 2023

M. Babalohouc  
Assma

1 - Rothasax fax  
2 - Da għo sej̊x Roly  
Mse du sej̊x opus Roly

fax : 0522.23.71.05  
tel : 0522.25.74.82  
17, Rue Med Beni BRAK  
BERYADA, M. M'hawharha  
RADIOLOGIE MEDICAL

Andelkader ACHARKI  
Onco-Radiothérapeute  
NIP 091157321  
Ryad Oncologia Clinic



Dr. BENYAHIA Zakaria  
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed  
C.E.S de Radiologie

■ I.R.M. (1,5 Tesla )

■ SCANNER VCT  
(64 Barettes)

Angioscanner  
Coroscanner  
coloscanner  
Denta-Scanner

■ SCANNER  
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE  
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE  
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE  
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER  
COULEUR

16, Rue Mohamed BAH  
(EX. Rue Meissonier)  
en face du bureau de pointage  
des Taxis - Maârif  
20 100 Casablanca  
Radiologie du Maârif :  
Tél. : 05.22.25.74.82  
05.22.25.30.30  
05.22.23.79.34  
Fax : 05.22.23.77.05  
I.C.E : 001745076000019  
Centre IRM du Maârif :  
IRM : 05.22.23.23.12  
05.22.99.30.31  
Fax : 05.22.25.38.73  
irm-maarif@hotmail.fr  
I.C.E : 001744959000074  
Patente : 34770967

# عيادة طبية للفحص بالأشعة

## CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

### IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 18/04/2023

Mme. BABALAHcen ASMAA  
DR ACHARKI ABDELKADER

#### Rx POUMONS FACE :

- Thorax symétrique.
- Pas de foyer pleuro-parenchymateux d'allure évolutive.
- Silhouette cardio-médiastinale normale

Dr.BENYAHIA Z

Avec mes amicales salutations.



*Casablanca , le 18/04/2023*

*Mme. BABALAHcen ASMAA  
DR ACHARKI ABDELKADER*

**MAMMOGRAPHIE DU SEIN GAUCHE+  
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :**

- Mastectomie droite.
  - Sein gauche en involution fibrolipomateuse partielle, densité type B
  - Macrocalcifications à centre clair mammaire éparses d'allure bénigne
  - Absence de surcroit d'opacité anormale ou de regroupement suspect de microcalcification notable
  - Derme et sous derme respectés.
  - Prolongements axillaires libres.
- 
- Le balayage échographique n'objective pas de lésion kystique ou tissulaire décelable au niveau du sein gauche ou de en regard de la cicatrice opératoire
  - Absence d'adénopathie axillaire suspecte décelable.

**AU TOTAL :**

- ***MACROCALCIFICATIONS MAMMAIRES GAUCHES SANS  
LESION SUSPECTE NOTABLE.***
- ***EXAMEN CLASSE BIRADS 2 DE L'ACR.***

**Avec mes amicales salutations.**

*Dr.BENYAHIA Z  
RADIODIAGNOSTIC  
BERHADA M. BENYAHIA  
17, Rue Med Beni  
74 82  
Pax: 0522231105*

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 18/04/2023

## Facture

Nom & Prénom : **BABALAHcen ASMAA**

Date d'examen : 18/04/2023

| Examen(s)                     |        |
|-------------------------------|--------|
| POUMON F<br>ECHO-MAMMOGRAPHIE |        |
| Montant TOTAL                 | 980 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**NEUF CENT QUATRE VINGT DH**

