

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-589773

51900

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autre**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

011121

Société :

RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom :

MAHDAN

BOUCHAIRB

Date de naissance :

01.01.1953

Adresse :

HAY MASSIRA

1977-71 APP14

Tél. :

066124959

Total des frais engagés :

13.474,00 Dhs

Tel: 0522 662500

Année de perséc. : 2019

Ryad Oncologique

Hôpital

INP: 091157321

DEC. 2020

Professeur Abdellatif ACHARKI

Ass. Radiologie - Chirurgie

Onco

Chirurgie

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/11/2020

Nom et prénom du malade :

MAHDANE TOUIKA

Age :

Lien de parenté :

**Lumière**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

Néoplasie du col utérin

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'atte

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 : C. B. A. L. A. N. C. A.

Le : 21/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MaHDANE TOUIKA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Caract et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/11/20 CS			250,00	

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
<i>ANALYSES - RADIOGRAPHIES 12, Rue d'Alger 100-26 Télé: 05 22 22 01 11</i>	21.11.2020	2 f 2 17 60	800 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d' <b>SOINS DENTAIRES</b>				
INP :				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 				
<b>MONTANTS DES SOINS</b>				
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>				
<b>FIN D'EXECUTION</b>				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>				
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  \quad \mathbf{H} \quad \mathbf{G}  $				
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b>				
<b>DATE DU DEVIS</b>				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

21/11/20

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

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

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

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

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute

Mc Ma Radoue Tonio

Nes de Cet uni et feu

Radiotherapy

Echographie  
abdominal

ANASTROLOGIE QUED EL MAKHAZINE  
B. Rue d'Alger - Casablanca  
Tel: 05 22 22 26 56  
Fax: 05 22 22 08 10

Pr. Abdelkader ACHARKI  
Oncologue Radiothérapeute  
INP: 09 15 7321  
Ryad Oncologia Clinic



# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie Oued EL Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبولي

I.R.M

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

GONOMETRIE  
Numérisée

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

### EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA20/7899

REF.NN.

MAHDANE TOURIA

ICE :

Désignation	Quantité	P.U	Montant
THORAX FACE	1,00	200,00	200,00
ECHOG ABD/PELV	1,00	600,00	600,00

Total

800,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Radiologie Oued El Makhazine  
12, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10*

Huit cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48 / BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA  
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

05 22 29 94 72 - 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - 12, زنقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف :  
12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72

Email : radiologie.om@gmail.com



# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براة السوني

خريج كلية الطب  
بمونيولي

IRM

SCANNER SPIRALE

CORPS ENTIER - 3D

Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

**CASA LE : 21.11.2020**

RADIOLOGIE

Conventionnelle

Numérisée

RACHIS ENTIER

Numérisée

GONOMETRIE

Numérisée

ECHOGRAPHIE

pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE

Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE

Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO

Biphotonique

PANORAMIQUE

DENTAIRE

Numérisée

TELERADIO A 4 M

Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

**NOM : MAHDANE TOURIA**

**DR. ABDELKADER ACHARKI**

**RX : POUMON DE FACE**

- ❖ La transparence parenchymateuse est normale.
- ❖ Les culs de sac costo-diaphragmatiques sont libres.
- ❖ La silhouette cardio-médiastinale est respectée.

**CONFRATERNELLEMENT**  
**DR. BERRADA SOUNNI. K.**

**RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE**  
12, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10



# الغدص بالأشعة والمخازن Goudc Oued El Makhazine

*Dr. Khalid BERRADA SOUNNI*

*Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier*

الدكتور خالد برادة السومني

خريج كلية الطب  
بمونبولي

J.R.M.

CASA-LE, 21.11.2020

**SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D**

**NOM : MAHDANE TOURTA**

DR. ABDELKADER ACHARAKI

**RX : ECHOG ABDOMINO-PELVIENNE**

## DENTA-SCANNER

### L'exploration échographique de l'abdomen montre :

- *Foie de taille normale, présentant des contours réguliers et une échostructure homogène.*
  - *Absence d'anomalie des veines sus-hépatiques et des structures portes.*
  - *La vésicule biliaire est transsonique. Sa paroi est non épaissie : Vésicule biliaire non lithiasique.*
  - *La voie biliaire principale est non dilatée.*
  - *Le pancréas est de taille, de forme et d'échostructure normales.*
  - *Absence de splénomégalie.*
  - *Les reins sont de taille et d'aspect échographique normaux.*
  - *Absence d'adénopathies profondes.*
  - *Absence d'épanchement péritonéal.*

## MAMMOGRAPHIE

### **L'exploration échographique du pelvis montre :**

- Vessie d'aspect normal.
  - Hystérectomie.
  - Absence d'adénopathie rétro-péritonéale pelvienne.
  - Absence d'ascite.

## TELERADIO A 4 M

**CONFRATERNELLEMENT  
DR. BERRADA SOUINNT K**

RADIOCLUB DE SANTA EL MAHMAZINE  
12, Rue d'Alger - 1000 Casablanca  
Tél. : 05 22 24 156  
05 22 22 08 11