

N° W19-502082

AND-17171

CR

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71232 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANKAIR Mohamed

Date de naissance : 12-09-66

Adresse :

Tél. : 0662963468 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HANKAIR Mohamed Age : 53

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

Nature de la maladie : Coeur et fi

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) :

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.

**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

# 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
19/12/19	CS	3	390	INP : 0911032011

## EXECUTION DES ORDONNANCES

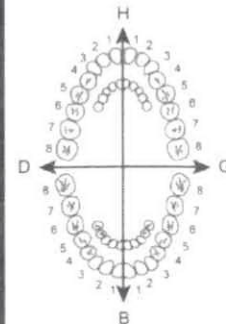
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
19/12/19	68.2	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

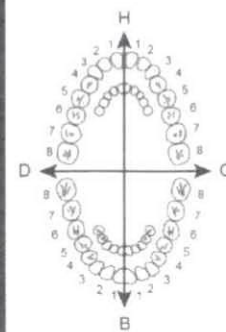
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
19/12/19	Rac Rx	200 DH	
	cervicall		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

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



**Docteur ACHC**  
**Professeur à la**  
**NEUROCHIRUR**  
**NEUROCHIRURGIEN I**

Diplômé de la Faculté  
 de Médecine de Marseille-France  
 Membre de la SNL Française  
 76, Bd. Abdelmoumen Résidence  
 Koutoubia 4<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
 e-mail : machouri2002@yahoo.fr  
 Whatsapp : 06 19 20 74 01

LOT: 490  
 PER: MAI 2022  
 PPV: 38 DH 80



Casablanca, le 19.12.19 في الدار البيضاء.

الدكتور عشوري م

بكلية الطب  
 أمراض وجراحة الدماغ  
 والعمود الفقري 30,00  
 (الحبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا  
 76. شارع عبد المومن  
 إقامة كتبية. الطابق 4  
 الدار البيضاء

UK Bankzir Med

PHARMACIE HAY RAJA  
 Hicham ABOUTIKA

Docteur en Pharmacie  
 125 Bis, Av. des Pylades Bd. Anoual  
 Hay Raja, l'Hermitage  
 Casablanca - Tél : 022 86 05 25

30.00

1) Neurolog 400

16 x 21 jar

38.80

2) Agnifene 100

16 x 21 jar

68.80

Professeur M. ACHOURI  
 Neurochirurgien  
 76, Bd. Abdelmoumen Résidence  
 Koutoubia 4<sup>ème</sup> étage Casablanca  
 Tél : 06 22 98 03 75

A revoir Dans

Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75 - 05 40 15 89 79

**Docteur ACHOURI M.**

Professeur à la F.M.C

**NEUROCHIRURGIEN**

**NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté

de Medecine de Marseille-France

Menbre de la SNL Française

76, Bd.Abdelmoumen Résidence

Koutoubia 4<sup>ème</sup> étage - Casablanca

e-mail : machouri2002@yahoo.fr

Whatsapp : 06 19 20 74 01



Casablanca, le 19.02.19 في الدار البيضاء.

**الدكتور عشوري م.**

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض وجراحة الدماغ

و الأعصاب و العمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

76. شارع عبد المومن

إقامة كتبية. الطابق 4

الدار البيضاء

Mr Harkir Mohamed

Rx Rachs  
Cervical  
profil



**Professeur M. ACHOURI**  
**Neurochirurgien**

76, Bd.Abdelmoumen Residence  
Koutoubia 4<sup>ème</sup> Etage Casablanca  
06 22 98 03 75

A revoir Dans

**Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75 - 05 40 15 89 79**



**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Facture N° : 008686/2019 Date : 21/12/2019

- Nom patient Mr **HANKRIR MOHAMED**
- Examen(s) réalisé(s) : RX RACHIS CERVICAL P
- Net à payer T.T.C : 200 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de :DEUX CENTS DH
- Mode de règlement : ESPECE

L'adherent :





**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : PR.....ACHOURI.....

Nom du patient : HANKRIR MOHAMED.....

Examen réalisé : RX RACHIS CERVICAL P..... Date 1/12/2019.....

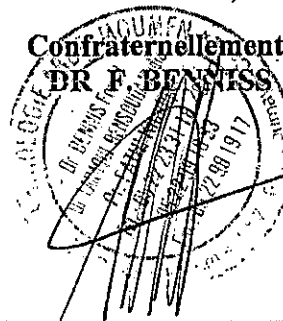
### COMPTE RENDU

#### RX RACHIS CERVICAL F/P :

- Rectitude du rachis cervical avec début d'inversion de courbure.
- Respect du mur postérieur
- Corps vertébraux de hauteur normale.
- Ostéocondensation sous chondrale étagée des plateaux vertébraux et des apophyses articulaires postérieures.
- Absence de pincement discal
- Absence d'anomalie des parties molles.

#### CONCLUSION :

- Aspect d'une cervicarthrose modérée.



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,  
Casablanca

Tél. : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83 الهاتف

Fax : 05.22.98.19.17 : الفاكس

E-mail : radiologie-ab@menara.ma : البريد الإلكتروني

Site Web : http:// www.radiologieabdelmoumen.ma

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7،  
الدار البيضاء