

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053835

NDP 20523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1962 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAMIR HAFIDA

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 :

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 N° P19-053835

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 :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

N° 313575

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAMIR HAFIDA  
Matricule : 1960, Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : Rue 8 n° 24 HAY. STARA.  
Tél. : Casablanca. Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SAMIR HAFIDA Age 03 / 10 / 55  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 27 / 1 / 2000  
Nature de la maladie : Lumbago  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A [Signature] le 27 / 1 / 2000  
Durée d'utilisation 3 mois





## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/1/2020       |                   | 5                     | 30                              |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 27-1-2020 | 325,70                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date      | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------|------------------------------|------------------------|
|   | 06/2/2020 | 285,80                       | 450,80                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 27/1/20         |        |    |    |    | 700                             |

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         | MONTANT DES SOINS |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             |                         | DEBUT D'EXECUTION |
|                 |                |                  |             |                         |                   |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |                   |
|                 |                |                  |             |                         |                   |

  

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |                     |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|----------------------------|---|---|---------------------|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|--|-------------------------|
|                            | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | H |                     | H | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                            | H   |   | H                   |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | 25533412  |   | 21433552            |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | 00000000  |   | 00000000            |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | D   |   | G                   |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | 00000000  |   | 00000000            |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | 35533411  |   | 11433553            |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            | B   |   |                     |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            |   |   |                     |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            |   |   |                     |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            |   |   |                     |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                         |
|                            |   |   | MONTANT 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

Chirurgien

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon  
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de  
Franche - Comté  
Membre de l'association Française de Chirurgie  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie



طبيب جراح

جراحة العظام  
جراحة المفاصل

Casablanca, le 27 / 1 / 2020

LOT:19006  
PER:02/2022  
PPV:44.00 dh

Mr SAHIE HAFID

44.80

- Tilcail 20mg



LOT: 9MAT19  
PER: 04/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



53.10

- Relaxol 25 mg

25 mg

148.00

- Noiceptol 10mg

25 mg

3060

NAIgene 15 mg

15 mg



Dr Samlal  
Cabinet CHIRURGIEN  
CASABLANCA  
Rue d'Azilal 95  
Tél: 05 22 31 91 59

30,60

LOT  
EXP  
P.P.V



192207  
10/2022  
30.60



Chirurgien

طبيب جراح

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de

Franche - Comté

Membre de l'association Française de Chirurgie

Chirurgie Orthopédique

Traumatologie

جراحة العظام

جراحة المفاصل

Casablanca, le 27 / 1 / 2020 .

M. SAÏME HAFIDI

Rx Bone sur tete  
(Ankle hand left)  
+ prof + le col  
1 union

Docteur M. SAMLAL  
CHIRURGIEN  
Cabinet : 95, Rue d'Azilal  
CASABLANCA 01

Dr. Samlal Abdelmajid  
Rue d'Azilal, 95  
Casablanca  
Tél : 05 22 31 91 59

Chirurgien

طبيب جراح

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon  
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de  
Franche - Comté  
Membre de l'association Française de Chirurgie  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie

جراحة العظام  
جراحة المفاصل

Casablanca, le 27 / 1 / 2020

SAHAR HAFIDI

Lombeskeni

7000

Ref 872

Jiair

954

LOCAMED SERVICE  
MATÉRIEL MÉDICAL  
Vente et Magasin  
7 Rue Lahcen Arjaoui - Casablanca  
Tél: 0522 86 37 17 / 0522 86 16 83  
0522 86 39 89

Dr SAMLAL  
CHIRURGIEN  
Cabinet : 05, Rue d'Azilal  
CASABLANCA 01

## Reçu patient

Dossier N° : AK346575



Examen (s) 06/02/2020

RX. RACHIS LOMBAIRE DE PROFIL

RX. BASSIN FACE

Total : 450,00

Payé : 450,00 ESPECES

Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

**RADIOLOGIE ABOUMADI**  
**www.radiologie-aboumadi.com**

27,Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

[contact@radiologie-aboumadi.com](mailto:contact@radiologie-aboumadi.com)

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884

ICE : 001342320000052

**Veillez acquitter votre facture à la caisse  
avant tout retrait de résultats et de  
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 06/02/2020 à 16:21 par :

IBTISSAM

Patient : **SAMIR HAFIDA**

Age : 64 ans

Organisme :

N° CIN :

Médecin prescripteur : DR. SÁMLAL ABDELMAJID

Médecin radiologue : DR\_BERRADA\_AZ\_EL\_ARAB



ICE : 001526686000016

Facture

UF20000011541

CASABLANCA Le, 27/01/20

DEPOT CASA PV

Agent commercial : FATIMA

Mode de règlement : CB/7941

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000002

Clients Comptoirs Arjoun

MME SAMIR HAFIDA

| Code Article | Code TVA | Désignation                | Qté  | P.U.TTC | Remise | P.U.net. TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|----------------------------|------|---------|--------|--------------|-------------|
| 8701         | 2        | CEINTURE LOMBASKIN 26CM T1 | 1,00 | 750,00  | 0%     | 750,00       | 750,00      |

LOCAMED SERVICE  
MATÉRIEL MÉDICAL  
Vente en Magasin  
7, Rue Lahcen Arjoun-Casablanca  
Tél: 0522 86 37 17 / 0522 86 16 83  
0522 86 39 89

| Code  | Base   | Taux | Montant |
|-------|--------|------|---------|
| 2     | 625,00 | 20%  | 125,00  |
| Total | 625,00 |      | 125,00  |

Total HT 625,00

Total TVA 125,00

Total TTC 750,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :

Sept cent cinquante Dirhams

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.  
Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MARRAKECH**

Avenue, Yaacoub et Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**TANGER**

6, résidence Saghina 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia. Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

**FÈS**

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

**KÉNITRA**

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75





Nom & prénom : SAMIR HAFIDA

FACTURE N° : 20/002741

Date : 06/02/2020

| <u>Examen</u>                 | <u>Montant</u> |
|-------------------------------|----------------|
| RX. RACHIS LOMBAIRE DE PROFIL | 250,00         |
| RX. BASSIN FACE               | 200,00         |
| <b>Total Montant</b>          |                |
| <b>450,00</b>                 |                |

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

RADIOLOGIE ABOU MADI  
27, Rue Ilya Abou Madi Gautier  
Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 40 09

REGLEMENT : ESPECES Le 06/02/2020

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73



Casablanca le 06/02/2020

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
Ep. Benjelloun  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAÏ**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**PATIENT : SAMIR HAFIDA**  
**MEDECIN TRAITANT : DR. SAMLAL ABDELMAJID**  
**A**

**Rachis lombaire face profil :**

Lombarthrose multi-étagée responsable de pincement discal et  
d'ostéophytose marginale  
Absence de modification des parties molles pré vertébrales.

**Bassin de face :**

Discrets remaniements dégénératifs coxo-fémoral bilatéral  
et sacro-iliaques.

Confraternellement  
DR BERRADA AZ EL ARAB  
INPE : 091032870

Centre de Radiologie Abou Madi  
Casablanca  
Tél: 05.22.20.34.57/58 - Fax: 05.22.47.40.09  
Email: contact@radiologie-aboumadi.com  
www.radiologie-aboumadi.com

IRM Haut champ  
• Scanner Spirale Multi-barettes  
• Radiologie Générale Numérique  
• Mammographie Numérique  
• Echographie-Doppler Couleur  
• Echo-Doppler 3D, 4D  
• Echographie Morphologique  
• Cone Beam  
• Panoramique Dentaire Numérique  
• Denta-scanner  
• Téléradiologie 4 mètres Numérique  
• Ostéo-densitométrie Biphotonique  
• Radiologie Interventionnelle

S.A.R.L. au Capital de 740.000 DH - 27, Rue Ily Abou Madi - Quartier Gauthier - 20 060 Casablanca - MAROC  
Tél.: 05.22.20.34.57/58 - Fax: 05.22.47.40.09 - Email: contact@radiologie-aboumadi.com - www.radiologie-aboumadi.com  
IRM : 05.22.46.37.10 - Scanner : 05.22.46.37.20 - Echographie : 05.22.46.37.30 - Radio Standard : 05.22.46.37.40  
TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - R.C : 395253 Casablanca - I.C.E : 002036624000064