

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-796773

16 00 20

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUDGHIRI Abdellah

Date de naissance : 21-3-1948

Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24
CASA

Tél : 06 61 31 00 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépatogastroentérologie
Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
Tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 06 61 99 68 34

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LOUDGHIRI Abdellah

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ADK PROSTATE

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 : KABAT

Le : 9 mai 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
ANES Tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 06 61 99 63 34
Montant de la Facture

[illegible]

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 N° ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22 Avenue Ahmed Balgah Tel. 00 37 67 17 77 - Fax : 00 37 67 25 29 ICE : 001629055090094 - INPE : 001629055090094	05/05/23	Radiologie	21 coo/H

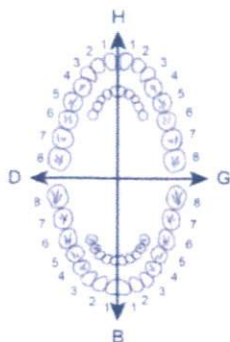
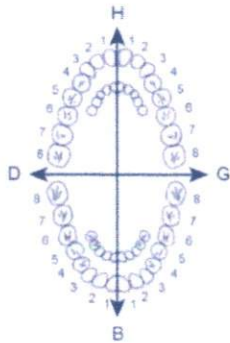
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a semi-circular arch with a central pier at the top and a central pier at the bottom. The arch is divided into eight spans by nine piers. The piers are numbered 1 through 9, starting from the left and moving clockwise. The spans are numbered 1 through 8, starting from the left and moving clockwise. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'R' on the right.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara LOUDGHIRI

Médecin spécialiste des maladies
de l'appareil digestif et du foie

Échographie abdominale
Fibroscopie - Coloscopie
Proctologie



د. سارة الودغيري

طبيبة اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد

الفحص بالصدى
المنظار الداخلي
أمراض الشرج والبواسير

Rabat, le 23/05/2023



101181550

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin spécialiste en
Hépatologie Gastro-Entérologie
Angle rue Rais Marsil, el Omm
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
Tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 06 61 95 63 34

Abdellah Loudghiri

Dear Sir

①

Scintigraphie

Orxess

CLINIQUE D'ONCOLOGIE - 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafout, Souissi - Rabat
Tél : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPF : 10093668

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin spécialiste en
Hépatologie Gastro-Entérologie
Angle rue Rais Marsil, el Omm
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
Tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 06 61 95 63 34

زاوية زنقة عمر السلوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat

الهاتف : 05 37 69 69 24

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41

FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

F A C T U R E

N° 11 454 / 2023 du 09/05/2023

Nom patient	LOUDGHIRI ABDELLAH	Entrée 09/05/2023	Sortie 09/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE CORPS ENTIER	1.00		2 100.00	2 100.00
			Sous-Total	2 100.00
Total				2 100.00

	Total général	2 100.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX MILLE CENT DIRHAMS		
0.00		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 100.00	2 100.00	0.00

Ref Chq : BMCI 5472680 LOUDGHIRI ABDELLA/

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tel : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 INPE : 100063668

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

Nom : LOUDGHIRI
Prénom : Abdellah
Réf : 230419122731FA
Né le : 21/03/1948

Date : 09/05/2023
Prescripteur : Dr LOUDGHIRI

MOTIF DE LA DEMANDE :

Patient âgé de 75ans, suivi pour néoplasie prostatique.
Bilan d'extension.

TECHNIQUE :

Examen réalisé 2 heures après une injection I.V. de 20mci de 99mTc- MDP.

RESULTAT :

L'examen de ce jour met en évidence :

- Une répartition homogène et symétrique du traceur sur l'ensemble du squelette axial et périphérique.

CONCLUSION :

Absence d'argument scintigraphique en faveur de localisation osseuse secondaire.

Dr MISSOUM FILDA

MEDECIN NUCLEAIRE

Dr. F. MISSOUM
Médecine Nucléaire
CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE
Département Médecine Nucléaire
22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D : +212 (5) 37 66 41 40
Tél : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101203018