

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-796773

168020

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1600	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdellah
Nom & Prénom : LOUDGHIRI			
Date de naissance : 21-3-1948			
Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSÉ Rue 1 - N° 24 CASA			
Tél. : 06 61 31 00 04	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara LOUDQHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépato Gastro Entérologie
Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui
Bm N°7, Appt 14, Kébibale - Rabat

tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 05 64 99 63 34

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : **RABAT**

Le : **24 MAI 2023**

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 des Actes
05/05/23	CH	G	INP : 101181550	

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépato Gastro Entérologie
Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui
Immeuble Appt 14, Kébibaite - Rabat
Tél +212 05 37 69 69 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

WhatsApp : 06 61 99 63 34
Montant de la Facture

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 N

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Soigneur - Date :
Laboratoire et du Radiologue

05/05/23

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

ICE : 00169105000094 - INPE : 100000000

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 N HONORAIRES

22 Avenue Ahmed Baâjaa - S

05/05/23 Radiologie 21000 HT

Tél. 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29

ICE : 00169105000094 - INPE : 100000000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F

PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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

Dr. Saraloudghiri

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



Échographie abdominale
Fibroscopie - Coloscopie
Proctologie

د. سارة الودغيري
طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد
الفحص بالقصى
المنظار الداخلي
أمراض الشرج والبواسير

Rabat le 09/05/23

101181550



Tél : 05 37 69 69 24
Imm N°7, Appt 14, Kébibeche - Rabat
Angle rue Rais Marsil, el Oumra - 1010
Hépato Gastro Entérologue
Médecin Spécialiste en
Dr. Saraloudghiri

Free SP
① Sanguine
Oncology

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balaiel, Souissi - Rabat
Tél : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 0016291055000094 - INDE : 1000036655

زاوية زنقة عمر السلاوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط
Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibeche - 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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE CENT DIRHAMS		
0.00		

		Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements		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
Télé : +212 (5) 37 67 17 17 / fax : +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101203016