

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

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

<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 : 161923		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUDGHIRI ABDELLAH			
Date de naissance : 21/11/1948			
Adresse : CASABLANCA CHANTI MAR, IMPAME			
Tél. : 0661 31 80 04	Total des frais engagés : Dhs		

Cachet du médecin :	Cadre réservé au Médecin		
	Sara LOUDGHIRI <i>Médecin Spécialiste en</i> <i>Hépato Gastro Entérologie</i> <i>Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui</i> <i>Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat</i> <i>Tél : 05 37 69 69 24</i> <i>WhatsApp : 06 81 99 63 24</i>		
Date de consultation :	19-5-2023		
Nom et prénom du malade :	Loudghiri Abdellah		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : *RABAT* **Le :** *9/15/2023*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
21/03/18	CT	G		INP : 

Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin spécialiste en
Hépato-Gastro-Entérologie

EXECUTION DES ORDONNANCES - Amie du Rais Maissi, el Omar Slaoui
7. Avril 14. Kébíbáte - Rabat

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 05 37 69 69 24 Montant de la Facture 9 73 34
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/05/93	Rad. 7-10	3000,00

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	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.

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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE 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



سارة الودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد
الفحص بالطهي
المنظار الداخلي
أمراض الشرج والبواسير

Échographie abdominale
Fibroscopie - Coloscopie
Proctologie

WhatsApp : 06 61 99 63 34
Rabat, le 09/05/2022

Tel : 05 37 69 69 24
Imm N°7, Appt 14, Kébibe - Rabat

Angle rue Rais Marsil, eti Omar Slaoui
Hépato Gastro Entérologue

Médecin Spécialiste en
DR. Sara LOUDGHIRI



DR. Sara LOUDGHIRI

سارة الودغيري

DR. Sara LOUDGHIRI

Y

DR. Sara LOUDGHIRI

زاوية زنقة عمر السلاوي والرئيس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيات - الرباط

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

Tél : 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° **11 453** / 2023 du **09/05/2023**

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

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIEN	1.00	K	3 000.00	3 000.00
			Sous-Total	3 000.00
Total				3 000.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS MILLE DIRHAMS	Total général	3 000.00
0.00		

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
		3 000.00		3 000.00	0.00

Ref Chq : BMCI 5472680 LOUDGHIRI ABDELLA/

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

22 Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat

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

ICE: 00169105500094 INPE: 100063668



Rabat le :09/05/2023

Nom et prénom : Mr. LOUDGHIRI Abdellah

Médecin traitant : DR S.LOUDGHIRI

TDM TAP

INDICATION : ADK prostatique, bilan d'extension.

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale à l'étage thoraco-abdomino-pelvien avec injection du produit de contraste et reconstructions dans les trois plans de l'espace.

RESULTATS :

A l'étage thoracique :

Absence de lésion nodulaire parenchymateuse pulmonaire, d'allure suspecte.

Nodule scissural gauche (2mm), non spécifique.

Absence de foyer de DDB.

Atélectasie en bande basale gauche.

Absence d'adénopathie axillaire ou médiastinale.

Absence d'épanchement pleuro-péricardique.

Calcifications vasculaires avec cardiomégalie.

A l'étage abdomino-pelvien :

Le foie est de volume normal, de contours réguliers et de densité homogène, sans lésion nodulaire ou prise de contraste suspecte.

Le tronc porte et les veines hépatiques sont de calibre normal et perméables.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.

Rate, pancréas et surrénales sans anomalie.

Les reins sont de volume normal, de contours réguliers et de densité homogène, sans dilatation des cavités pyélocalicielles et sans image de lithiase.

Kystes rénaux bilatéraux dont le plus volumineux siège à droite, mesurant 115mm.

La vessie est de bonne capacité, ne présentant pas d'anomalie pariétale, siège d'une formation hyperdense, en rapport avec un hématome.

Prostate mesure 55 x 55 x 45 mm, ce qui correspond à un volume de 68ml.

Absence de masse ou de collection pelvienne.

Absence d'épanchement intra- péritonéal liquidiens ou gazeux.

Absence d'adénopathie coelio-mésentérique, para-lombo-aortique ou iliaque.

Absence de distension des anses digestives.

Respect de la graisse péritonéale.

Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION:

Absence de lésion suspecte.

Dr F. BENCHAKROUN
Dr. F. Benchakroun
Rabat - Maroc
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Ba LaFREJ - Rabat
L.D. : +212 (5) 37 68 41 95
tél.: +212 (5) 37 67 17 17 Fax : +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101250504