

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

- Réclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-790756

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01504

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ALLALI FATHIA

179836

Date de naissance : 4 11 1957

Adresse : Dhar Lamhalla Lot Bayt EL Magdis Rue AL
Koroufoul 1 NR 11 Oujda

Tél. : 06 73 15 19 76 Total des frais engagés : 6108 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ALLALI FATHIA Age: 63ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cancer du sein

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 : 1/1/2013

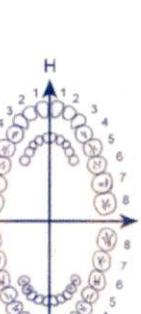
Signature de l'adhérent(e) :

8

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/93 07/09/93	155 M. 00 155 M. 00
		N° INP 082058100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Demande et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Décision et signature du Laboratoire et du Radiologue Dr. MOHAMMED JEDDI Médecin Radiologue Bd Lt. Belhoucine Tél.: 05 36 47 04 02 INPE: 08 10 98 02 JEDDI	01/03/23	270	7000

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
Montants des soins <input type="text"/>																				
Date du devis <input type="text"/>																				
Date de l'exécution <input type="text"/>																				
[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																				

June 26 1988 Heidi FAITH

518,00 (x 3)

18,00 (43) extreme **S.V. 23 mg**



150 Vj x 3 mon

$$T = \underline{1554,00}$$



One & AUSTli fatihe

518,00 (x3)
(x3)

ExtremeStaile S.V. 25 mg

Lot U1AH1
EXP 02-2025
PPV 518,00 DH

Lot U1AH1
EXP 02-2025
PPV 518,00 DH

20/12/2023

$$T = \underline{1554,00}$$



CABINET DE RADIOLOGIE ANGAD
DOCTEUR MOHAMMED JOUDAR
MEDECIN RADIOLOGUE

CRRA

عيادة الفحص بالأشعة انقاد
الدكتور محمد جدار
اختصاصي في الفحص بالأشعة

Oujda, le 07/09/2023

Facture: 10919/2023

ELALLALI FATIHA

TYPE D'EXAMEN	MONTANT
MAMMOGRAPHIE	700 DH
TOTAL	700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme De SEPT CENTS DH.



081098022

CABINET DE RADIOLOGIE ANGAD
Dr. JOUDAR Mohammed
Médecin Radiologue
13, Bd Lt. Belhoccine - OUJDA.
Tél.: 05 36 71 04 65
INPE: 081098022

13, BD LIEUTENANT BELHOUCINE OUJDA
PATENTE : 10704823 CODE INPE: 081098022 TEL : 0536 71 04 65
RIB : 007 570 0005154000306367 38
ICE : 001697003000033 IF : 14474560

718/2073

Amel et Aletti

Fatiha

echo graphie mammelle

+ mammographie

fracture

✓ cancer

du

gut

liver

Centre CONFIDENTIAL
CENTRE ORIENTAL AL KINDY
Radiotherapy - ONCOLOGY
INPE: 102-1119

radiotherapy

DR. J. JUDAR
Médecin Radiologue
Tél. : 05 36 79 04 80 22
INPE: 08 16 04 63 02

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda

Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963



SCANNER- RADIOLOGIE GENERALE ET SPECIALISEE -MAMMOGRAPHIE -RADIOLOGIE DENTAIRE
ECHOGRAPHIE GENERALE-ECHODOPPLER COULEUR

Date : 07/09/2023

Nom : ELALLALI FATIHA

Age : 65 ans

Médecin traitant : Dr SOUFI

MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

- *Etat conjonctivo-œdématieux de type B.*
- *Dépression cutanée mammaire gauche, séquellaire résiduelle.*
- *Absence de distorsion glandulaire mammaire droite.*
- *Absence de microcalcifications suspectes.*

LE COMPLEMENT ECHOGRAPHIQUE :

- *Ne montre aucune lésion parenchymateuse échographiquement individualisable.*
- *Absence d'adénopathie axillaire.*

Conclusion :

- *Mammographie bilatérale normale classée ACR 2.*

Dr. MOHAMMED ANGAD
13, Bd LIEUTENANT BELHOUCINE - JUJDA.
Médecin RADIOLOGUE
COPIE: 0536 71 04 65
INN: 093022

CENTRE ORIENTAL AL KINDY

OUJDA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-20-06-0040-063	FATIHA ELALLALI	08/09/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Consultation	300.00

Reçu établi par ANANE.B

Centre Oriental Al Kindy
Oncologie & Diagnostique
INPE: 080003183
Services: Consultation
Ryadisy: Consultation
Signature: [Signature]