

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : J. Allal M. Mohamed

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAAREF CASA

Tél. : 06 70 56 64 16

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : J. Allal M. Mohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ADK du Colon Sigmoidale

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



31 MAR 2023

ACCUEIL

# 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
22/3/23	ca		300.00	Dr M. EL HADIDI Radio - Oncologue INP: 091056651 Centre Al Kindy - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formaticien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Kindy Mme Hachem 19 bis, Bvd 6332 Tel: 0522 300000 ICE: INPE: 092042456	22-03-2023	415.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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**

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجة بالصورة - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستشفاء  
INPE : 091058651

CASABLANCA, LE.....

22/03/13



091058651

الدكتور محمد المرشد

Docteur Mohamed EL MORCHID

أخصائي في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUE

M. Falil 199

99,00

AS

D. Lexifor

235,00 Lcp x 2 18

AS

2

Mucosamine

91,00

20301  
22.03.23 (115)

3

libran

AS

1cp Ad son

415,00

Pharmacie Meryem  
Casablanca  
Mme Ikhlass Benyahya  
10 bis. 0522 36 33 27  
0843000001 156

M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
INPE : 091058651

www.centrealkindy.ma | E-mail : [info@centrealkindy.ma](mailto:info@centrealkindy.ma) | Phone : +212 520 48 72 00 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، معاشرة، المغرب. 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy, Casablanca, Ibn Sina - Casablanca - Maroc

Accueil Général : +212 522 36 72 00 /01

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Service Facturation : +212 520 48 72 07

: +212 522 36 72 33

Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Fax : +212 522 39 37 34

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

**CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY**

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

**Reçu de caisse**

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
M-23-03-0127-060	MOHAMED JALIL	22/03/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Nouvelle consultation	300.00

Reçu établi par chrakoua z

BOTTU S.A. 82 Allée des Casuarinas

Aïn Sebaâ 20580, Casablanca

PPC : 295 DH 00

moncasabina

# LIXIFOR

**COMPOSITION :** Dose par gélule

Lot/À consommer  
de préférence avan

X1024 0526

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503

140 mg  
75 mg  
75 mg  
30 mg

lé pour :

**Librax®** 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme

T:22174 PER:12/2025  
PPV:21,00 DH