

# 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-007359

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 16903  
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1953  
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MARI F CATA  
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : 2852,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr S. TACHFINE  
 Spécialiste en Oncologie Médicale  
 INP : 091131532  
 Centre Al Kindy - Casablanca  
 Date de consultation : 16/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ADK Rectum  
 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 : CASABLANCA

Le : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
16/01/2015	G		309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<b>PHARMACIE ABOU ZAID</b> Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Rue 36 N° 04, Massira 2 Brownazel. Casablanca <b>PHARMACIE MIRABEL CASA</b> SAMKAOUI, Docteur en Pharmacie - ULP (Strasbourg) INPE - 092042829 - ICE - 001841239000017 11, 2 rue Casablanca	<b>PHARMACIE ABOU ZAID</b> Rue 36 N° 04, Massira 2 Brownazel. Casablanca 0522 70 22 80, Fax 9522 71 30 79 564,60 Jhs. 1116,- Jhs.
Date 16/05/2008	Date 16/05/2008

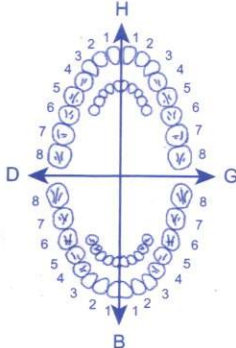
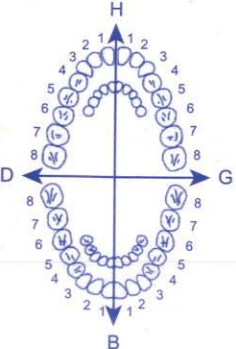
[illegible][illegible]

# 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													
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANÇA

0522 39 33 33 LG

## Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
M-23-03-0127-060	MOHAMED JALIL	16/05/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par chrakoua z

**Dr S. YACHFINE**  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca



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

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA 06 105 120 23

الدكتور سعيد تاشفين  
**Docteur Said TACHFINE**

اختصاصي في العلاج بالمواد الكيميائية  
**ONCOLOGUE MEDICAL**



Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1,  
 Ain sebaa Casablanca  
 Solupred 20 mg 20 cp  
 P.P.V: 48,70 DH  
 6 118000 0665

**PHARMAGI**  
 A. SAMKAOUI, Docteur  
 I.C.E. - INPE - D.S.  
 5, Rue des Fauvettes, 20400,  
 Tel.: 052223.11.59 - Fax: 0522.23.11.59  
 SYNTHEMEDIC  
 22 rue zoubier benou el aouam roches  
 noires casablanca  
 INEXIUM  
 40 mg  
 Boite 14  
 641/150MP/21NRO P.P.V: 123,60 DH  
 6 118001 020607

**CLOPRAME® 10 mg** 40 compl  
 PPV 17DH30  
 EXP 01/2026  
 LOT 28064 7  
**CLOPRAME® 10 mg**  
 40 comprimés sécables  
 6 118000 030164

LOT 222658 1  
 EXP 08 2027  
 PPV 46,00 DH

**Digestine**  
 30 gélules Rembourseable AMO  
 6 118000 020684

**MYANTALGIC®**  
 20 comprimés 37,5 mg/25 mg  
 6 118000 033097

BOTTU S.A. 87 Allée des Casuarinas,  
 Ain Sebaa 20580, Casablanca  
 PPC: 295 DH 00

kindy.oncologie@centreatalkindy.ma / F

0 48 72 00 / 01  
 2 39 33 33  
 2 39 37 34  
 Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 00  
 Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 00  
 Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 00

PPV 34DH00  
 EXP 10/2026  
 LOT 24033 2

The logo for mucosamin MOUTHWASH. The word "mucosamin" is in a dark blue, lowercase sans-serif font. A stylized blue water drop is positioned over the "o" in "mucosamin". A thin, light blue horizontal line is above the drop. Below "mucosamin", the word "MOUTHWASH" is written in a smaller, light blue, uppercase sans-serif font.

250 ml bottle

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

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

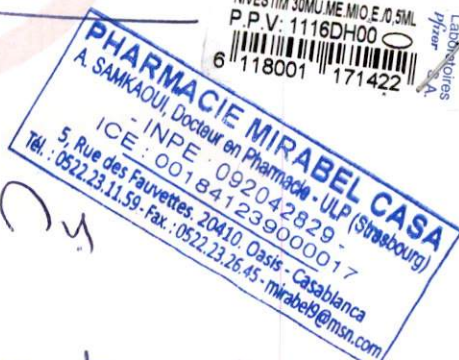
INPE : 090001405

CASABLANCA, LE 13/06/2013



090001405

Dr. TALIB Mohamed



1) Nivestri 300mg

11/06/13

Injection S/C toutes 12h

(1 boîte)



**EMEND<sup>®</sup> 125 mg**

gélule

Aprépitant

**EMEND<sup>®</sup> 80 mg**

gélules

Aprépitant

**Kit de traitement de 3 jours contenant :**

1 x 1 gélule de 125 mg et

2 x 1 gélule de 80 mg

**Veuillez lire la notice  
jointe avant utilisation.**

Se reporter à la notice jointe pour des informations supplémentaires concernant la prise d'EMEND.

**QUAND** et **COMMENT** prendre EMEND

**EMEND<sup>®</sup> 125 mg**  
gélule

Aprépitant

**EMEND<sup>®</sup> 80 mg**  
gélules

Aprépitant

Votre médecin vous a prescrit EMEND, un antiémétique, pour contribuer à prévenir les nausées et les vomissements associés à votre chimiothérapie.

**COMMENT :**

EMEND doit être pris seulement une fois par jour, durant 3 jours consécutifs. Les gélules d'EMEND peuvent être prises pendant ou en dehors des repas.

**Ne pas sortir toutes les gélules en une fois.**



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

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

16/05/2023  
CASABLANCA, LE.....

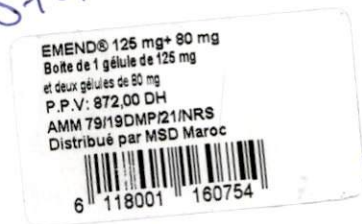
الدكتور سعيد تاشفين  
Docteur Said TACHFINE

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية  
ONCOLOGUE MEDICAL

Dr. Said Tachfine

Emend 175-80-80

872.00



146/6

**PHARMACIE ABOU**  
S.A.R.L.  
Rue 36 N°04 Massira 2  
Casablanca  
01 0522 70 22 89 Fax 0522 71 30

Ti 872.00

Dr. Said Tachfine  
Spécialiste en Oncologie  
Centre Al Kindy