

## 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**  
**M23-007360**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED 165269  
Date de naissance : 01-01-1953  
Adresse : 37 RUE SOCRATE MARRIT CASAB  
Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 16/06/2023  
Nom et prénom du malade : JALIL MOHAMMED 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 : 06/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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

16/01/2025    CS    300000    [Signature]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    Date    Montant de la Facture

06/06/2023    Facture N° 23005908    de 72200 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIE

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

[Empty fields for analysis and radiography]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien    Date des Soins    Nombre (A M, P C, I M, I V)    Montant détaillé des Honoraires

[Empty fields for medical auxiliaries]

# 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

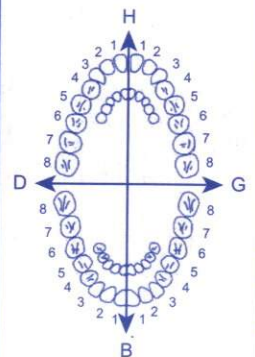
[Table for dental treatments with 10 rows]

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  
MONTANTS DES SOINS [ ]  
DEBUT D'EXECUTION [ ]  
FIN D'EXECUTION [ ]

CCEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  
MONTANTS DES SOINS [ ]  
DATE DU DEVIS [ ]  
DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DÉTAIL CONSOMMABLE

N° Dossier : 23T05954 Patient : JALIL MOHAMED N°Pièce d'identité : B48156

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
CD00053	POMPE A PERFUSION 150 ML 48 H	360.00	2	720.00
			<b>Total</b>	<b>720.00</b>

Les produits pharmaceutiques et à usage unique cités ci-dessus sont à utilisation hospitalière et sans vignettes.

مركز العلاج الكندي  
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
2-4, Rue Al Kindy  
Tél. : 05 20 48 72 00 - 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) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE 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.....  
**FACTURE**



090001405

N° de l'admission : 23T05954 N° Facture : 23005908 Date facturation : 06/06/2023  
Nom et prénom du patient : **MOHAMED JALIL**  
Convention : **PAYANT**  
Traitement : **POMPE A PERFUSION 48 H** Entrée: 16/05/2023 Sortie: 30/05/2023

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			720.00
		sous-total	720.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent vingt dirhams

**total : 720.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65

 **مركز العلاج الكندي**  
**CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
2-4, Rue Al Kindy  
Tél. : 05 20 48 72 00 - 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) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE 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.....

06/06/2023



COMPTE RENDU


Mon Cher Confrère,

Monsieur JALIL MOHAMED est traité au centre

Au centre de traitement AL-KINDY pour un adénocarcinome du rectum  
avec infiltration du mésorectum .

Le patient est en cours de traitement par chimiothérapie  
en perfusion continue qui nécessite la mise en place d'un  
BAXTER (dispositif pour l'administration de  
la chimiothérapie).

En vous remerciant pour votre collaboration et en restant  
à votre entière disposition pour tout renseignement  
complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère,  
en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur :  
  
Dr. S. TACHFINE  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INPE : 090001405  
Centre Al Kindy - Casablanca

أخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مألحة آيت محمد بورحيم

Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI