

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

W21-838882

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6859 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KASSIMY ABDELHAMID

Date de naissance : 11.03.1966

Adresse : 129 Bd RIR ANZARANE APT-14 Casablanca

MAARIF CASABLANCA

Tél. : 0664602535 Total des frais engagés : 742,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH A.
Urgentiste
INPE : 091268268
CENTRE AL KINDY
24 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.83.33
CASABLANCA

Date de consultation : 19/01/2024

Nom et prénom du malade : EL KASSIMY Abdelhamid Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Boucha P P NITANDEL

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 : 21/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/1/24	9	1	300,00	
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/2024	442,20
INPE: 092028174		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

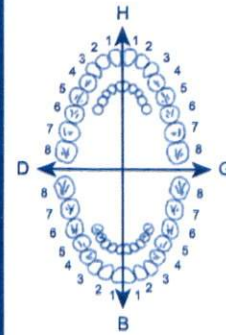
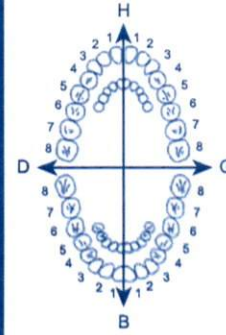
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 </div> </div> B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 3711
PER : 04-26
P.P.V : 79 DH 30

EFFIPRED® 20 mg EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 08/2026
LOT 35002 9

PPU 40DH00
EXP 07/2026
LOT 35002 3

PPV: 14DH00

PER: 10/26

LOT: M3401

PRODUIT 2 LINACS EN MIROIRS - SCANNER BI
DOSE (HDR) - CHIMIOThERAPIE - CHIMIOThERAPIE

HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسك
العلاج الإشعاعي الباطني و الغياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي

CASABLANCA, Le 19/11/24

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

Dr El Kassim Abdelhamid

LOT 230644

EXP 09/2025

PPV

COOPER PHARMA

PPV : 28,00 DH

28.00

28.00 x 2

40.00 x 2

Effipred 20 : 3 cp de nature ap. R x 5 j

79.30 Leflox 500 : 1 cp à midi Ap. R x 5 j

79.70 Zitromax 1 cp

15.30 Vit C 1000 un cp matin

14.00 Dolipran 400 4 x 3 j (2)

23.60 x 5 Cardioflex 1 x 3 j x 3 mois

27.90 Detomidin 0.1% OPH 1 cp

UT.AV : 11 2024

P.P.V.

LOT N° GT 4641

79 70

79.70

PPV 15 DH 30
PER 05/2026
LOT M1768
15/30
Rues
abarani
5.05.60

www.centreakindyma | E-mail : alkin.jy.oncologie@centreakindyma | Patente : 358

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01

+212 522 39 33 33

Fax

+212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

Secrétariat Consultation Médicale

Service Prise en charge et Di

DESOMEDINE 0,1%

Collyre 10ml

ZENITH PHARMA

AMM N°52 DMP/21/NRO

رقم التذمة

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H9289

02-2023

01-2026

PPV : 27,90 DHS



6118001270071

66673



442.20