

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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 canalair.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

ND.49307

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJI WAIMA

Date de naissance : 18/09/1952

Adresse : 22 Rue Rabilia el adalaia ant 27

4eme etage lagirande CASABLANCA

Tél. : 06.60.95.08.62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/11/2020

Nom et prénom du malade : NAJI WAIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cancer de la vessie

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 loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
27.11.20	03	-	300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/11/2020	348,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIONUCLÉOLE (CHIP) - HOSPITALISATION
 CURIETHERAPIE A HAUT DÉBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRAVASCULAIRE (CIV) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور
 في الأجهزة - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 الإشعاعي النموي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE..... 27/11/20



090001405

Dr. M. EL MOURCHI
 Radio-Oncologue
 INP : 09058651
 Centre Al Kindy - Casablanca

Najia Naima

VISIPAGE 320 / 200 - 1

الـ CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
 Tel: 0520 467200 - Casablanca

Dr. M. EL MOURCHI
 Radio-Oncologue
 INP : 09058651
 Centre Al Kindy

**PH
334DH00**

Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur
N° AMM: 288/16 DMP/21/NP

VISIPAQUE™ 320 mg I/ml
IODIXANOL



GE Healthcare

VISIPAQUE™	320	mg I/ml
Solution injectable		
IODIXANOL	1 x 100 ml	

Respecter les doses prescrites.

Uniquement sur ordonnance.

Tenir hors de portée et de vue
des enfants.
Liste I

02-2023
15011061

EXP:
Lot n°:

Reçu Avance N° A2014115

CASABLANCA , Le 27/11/2020 11:18

Patient : NAJI NAIMA , N° Dossier : 20011558

Traitement : MÉDICAMENTS

Titre : Médicaments

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Espèces			348.00

Reçu par : AMINE.I

Signature

Montant devis	348.000
Avance exigée	348.000
Total perçu	348.000
Reste à payer	0.000

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي الموجي بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكنار - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE

F A C T U R E



090001405

N° de l'admission : 20011558 N° Facture : 20011600 Date facturation : 27/11/2020

Nom et prénom du patient : NAIMA NAJI

Convention : PAYANT

Traitements : Médicaments Entrée: 27/11/2020 Sortie: 27/11/2020

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			348.00
	sous total		348.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cent quarante huit dirhams **total :** **348.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Rue Al Kindy
Tél. +212 520 48 72 00 - Casablanca

DÉTAIL MÉDICAMENT

N° Dossier : 20011558 Patient : NAJI NAIMA N°Pièce d'identité : B182923

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
MED00210	METHYLPREDNISOLONE 40mg* INJECTABLE	14.00	1	14.00
RDM00011	VISIPAQUE 320 MG/100 ML	34.00	1	334.00
				Total 348.00

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

