

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.

Biologie 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.

Educational :

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

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

N° P19- 052005

ND. 49307

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : NAJI NAJMA

Date de naissance : 18/02/1952

Adresse : 22 Rue Baboua el adouia amb 22
1er étage la grande CASABLANCA

Tél. : 06 60 25 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 NAJMA Age :

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

Nature de la maladie : Carcinome 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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
27.11.20	C	-	300,00	

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 Coefficients	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	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 المتطور - معجل الإلكترونات حامل للسكران - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني - الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE...

27/11/20



090001405

Mme Naji Naïma

visipaque 320 /row

مركز العلاج الكندي
 CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 2-4, Rue Al Kindy
 Tel : 05 20 48 72 00 - Casablanca

Dr M. EL MURCHIP
 Radio - Oncologue
 INP : 090058651
 Centre Al Kindy Casablanca

PH 334DH00

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

VISIPAQUE 320 mg I/ml
IODIXANOL



Respecter les doses prescrites.

Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de portée et de vue
des enfants.
Liste I



GE Healthcare

VISIPAQUE™

320 mg I/ml

Solution injectable
IODIXANOL

1 x 100 ml

EXP: 02-2023
Lot n°: 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

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 المفلور 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 : 20011558

N° Facture : 20011600

Date facturation : 27/11/2020

Nom et prénom du patient : **NAIMA NAJI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **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
2-4 Rue Al Kindy
Tél. : 0520 45 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.

مرکز العلاج
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
24, Rue Al Kindy
Tel: 0520487200 - Casablanca