

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048313

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1582 Société : AMPL

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEIFAR HASSIB

Date de naissance : 4-10-82

Adresse :

Tél. : 0661330064 Total des frais engagés : 53199,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
INP : 091058451  
Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DEFALI FARIA Age : 60

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

Nature de la maladie : Carcinome mammaire métastatique

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 : CASAB

Le : 02/01/2020

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
20/11/19	Q	-	guelh	Dr M. EL MORCHID Radio - Oncologue INP : 091058651 entre Al Kindy - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> صيدلية الإنبيات  PHARMACIE INEVIAT  Dr. BELLOUCHEM EL MEHDI  31 Av. Salsalam May Chakib  Lamrass - Rabat </div> </div>	3.11.19	21.99.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

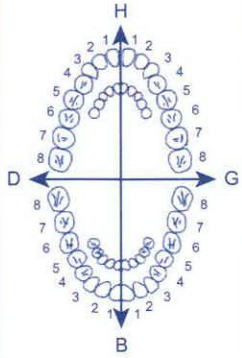
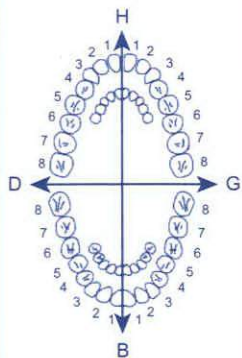
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

58,40

Solupred® 20mg



58,40

Solupred® 20mg



RT - ARCTHERAPIE) - RADIO  
RS - SCANNER BIG BORE - I  
- CHIMIOThERAPIE INTRA

جه بالصور - معجل  
الفياض - الإشعاعي



LOT / BATCH: 15695  
FAB / MFR: 07-2019  
EXP: 06-2022

ppv: 66,80 DH



091058651

Dr M. EL MORCHID

Radio - Oncologue

المقر محمد المرشد  
Docteur Mohamed EL MORCHID

إخصائي في العلاج بالإشعة  
RADIO-ONCOLOGUE

969,00 x 3 = 2907,00  
- Aromasine 25

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V: 969DH00

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V: 969DH00

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V: 969DH00

56,90  
- PEVARYL

1 app x 2 j

نº 3

LOT: 3MAG05  
PER: 06/2021  
PEVARYL 1%  
CREME T30G  
P.P.V: 500DH90



66,80  
- Flamazine crème

1 app x 2 j

58,40 x 3  
- Solupred 20mg

3199,90 2 app 1c matin

Solupred® 20mg



Dr M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
NºP: 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

صيدلية الإبيفات  
PHARMACIE INBIAT  
Dr. BELLOUCHE EL MEHD  
31, Av. Hassan II - Casablanca

www.centrealkindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente: 35806396 | I.F: 01002283 | CNSS: 2026913 | ICE: 000 205 043 0000-17

المقر الرئيسي: 4, رتبة يوسف الكندي - شارع ابن سينا - الدار البيضاء - المغرب 20370 | 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

+212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale

+212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis

+212 520 48 72 04

Service Facturation: +212 520 48 72 07

Service Caisse: +212 520 48 72 09

Service Pharmacie: +212 520 48 72 20