

# 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° P19-0036394

ND°=18165

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12148 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nadia HMAITY

Date de naissance : 16-03-1977

Adresse : 162, la siesta Nohadine

Tél. : 2665880768 Total des frais engagés : 1065,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 21/1/2020

Nom et prénom du malade : HMAITY Nadia Age :

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

Nature de la maladie : Carcinome mammaire

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 : / /

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
20/1/22	Q	-	30700	Dr M. EL MORCHID Radio Oncologue INP : 091058651 Centre Al Kindy - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2022	745180

# 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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCOEFFICIENT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
					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

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

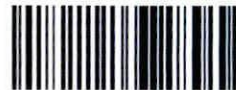
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكرانز - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

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



090001405

21/2/2020

Mme Homayti Nadjia

124,30 x 6

Nolvadex 20mg



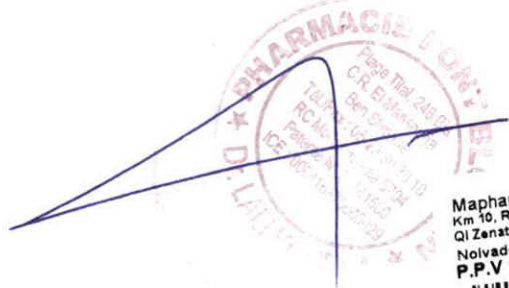
1cp / jour

totale 06 mois

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

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

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Nolvadex 20mg cp pel b30 m  
P.P.V : 124,30 DH



6 118001 181896

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | C.N.S

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 | م. سينا : الدار البيضاء مغارب : المغرب 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 Caisse : +212 520 48 72 09  
Service Pharmacie : +212 520 48 72 20