

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
- 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 - 8ème 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



21696 Mout HIB
Mouhamed

FILE: 4681

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024838

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAMIME ZAHRA Date de naissance : 1951
 Adresse : FAHUS Lot KHADAMA OUFRA
 Tél. : 05 22 93 31 25 Total des frais engagés : 1828,16 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENABDALLAH A.
Urgentiste
CENTRE AL KINDY
2-4, rue Al Kindy - Tél. : 022.39.33.33
CASABLANCA

Dossier concerne épouse.

Date de consultation : 16/1/2020
 Nom et prénom du malade : Tamime Zahra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALC manuelle
 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 : 17/02/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/1/20 | 5 | 1 | 115,00 | Dr BENABDALLAH A. Urgentiste CENTRE AL KINDY Tél.: 022.39.33.33 CASABLANCA |

EXECUTION DES SOINS

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE Dr Amine LOX, ITTIFAQ N°11 B Tél: 05 20 48 72 00 | 16.1.20 | 115,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

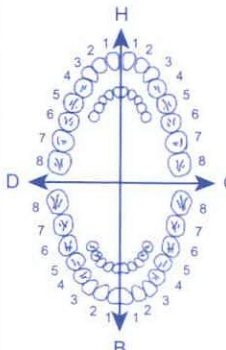
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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'O

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE | Cœfficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DÉTAIL PHARMACIE CUMULÉ

N° Dossier : 20000563 Patient : TAMIME ZAHRA

| Code article | Désignation article | Quantité | Montant HT |
|--------------------|-------------------------------------|----------|------------|
| CONSOMMABLE | | | |
| CON00078 | CHAMP STERIL | 2 | 20.28 |
| CON00079 | LANCETS (Boite de 200) | 2 | 0.30 |
| CON00156 | PERFUSEURS EN Y | 1 | 12.00 |
| CON00195 | ROBINETS A 3 VOIES | 2 | 22.00 |
| CON00210 | SERINGUES 10 CC | 10 | 40.00 |
| CON00223 | SERUM SALE 0.9% 500 ML | 2 | 30.00 |
| CON00395 | AIGUILLE DE HUBERT 20 G (001) | 1 | 65.00 |
| CON00441 | PROTREG THERMO RIESTER (001) | 2 | 3.30 |
| CON00487 | GANTS N STERILES INFIRMIERES | 8 | 4.88 |
| CON00507 | PERFUSEUR NON DEHP | 1 | 74.10 |
| MEDICAMENT | | | |
| MED00024 | ANDOL 1g INJECTABLE | 4 | 75.20 |
| MED00210 | METHYLPREDNISOLONE 40mg* INJECTABLE | 6 | 84.00 |
| MED00346 | TRIAxon IV 1G | 4 | 267.20 |
| MED00424 | OMEPRazole NORMON 40 MG | 1 | 29.90 |

Total: 728.16

LOT: P-03-2
PER: 03-2022
PHO: 66,80DH

LOT: P-03-2
PER: 03-2022
PHO: 66,80DH

P3KA1
05-2021
29,90 DH

LOT: P-03-2
PER: 03-2022
PHO: 66,80DH

LOT: P-03-2
PER: 03-2022
PHO: 66,80DH

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

**Centre
Monétique
interbancaire**

15/01/20

13:23:28

9900616542

96165401

CENTRE IBN AL BANAA
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

AZIF/HOUDA.MLE

xxxxxxxxxxxxx3951

09/21 CARTE ETRANGERE

AD8FB54DCA6AF31D

201-0-9999-1-44

MONTANT: 700,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION: 730263

STAN : 001740

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu Avance N° A2001927

CASABLANCA , Le 15/01/2020 13:28

Patient : TAMIME ZAHRA , N° Dossier : 20000563

Traitement : SOIN AMBULATOIRE

Titre : Soin ambulatoire

| Mode règlement | Banque | Référence | Montant |
|-----------------------|------------------|-----------|---------|
| Carte Bancaire(T.P.E) | Banque Populaire | 001740 | 700.00 |

Reçu par : ZAITY.H

Signature

2-4, Rue Al Kindy
Tél. : 05 20 48 72 00 - Casablanca

| | |
|---------------|----------|
| Montant devis | 550.000 |
| Avance exigée | 550.000 |
| Total perçu | 700.000 |
| Reste à payer | -150.000 |

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 المطور 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 : 20000563 N° Facture : 20000580 Date facturation : 16/01/2020

Nom et prénom du patient : ZAHRA TAMIME

Convention : PAYANT

Traitement : PERFUSION

Entrée: 15/01/2020 Sortie: 16/01/2020

| PRESTATIONS | nombre | prix unitaire | montant |
|---|--------|---------------|----------|
| PERFUSION | 2.00 | 550.00 | 1 100.00 |
| | | sous-total | 1 100.00 |
| PHARMACIE | nombre | prix unitaire | montant |
| Pharmacie | | | 728.16 |
| | | sous-total | 728.16 |
| arrêtée la présente facture à la somme de : | | | |
| Mille huit cent vingt huit dirhams seize centimes | | | |
| total : | | | 1 828.16 |
| 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. : 05 20 48 72 00 - Casablanca