

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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 caractères 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° M20- 0003615

57117

☒ Maladie

☐ Dentaire

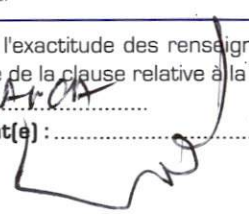
☐ Optique

☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUHIB Nehamal
Date de naissance : 1952
Adresse : E1/45 lot V402 AMA LERAF Entour
Tél. : 066362 1569 Total des frais engagés : 1052,68 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 28/12/2020
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection Longue Durée
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 : OPA 131004 Le : 27/01/2021
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
24/12/20	CS		300 DH	 Anesthésiste Réanimateur N° 1025017
28/11/20	F. 200 128 92		2 081,18 4	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

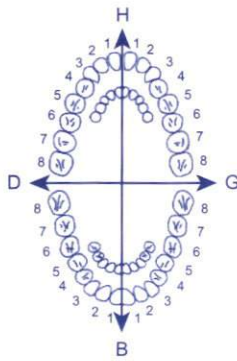
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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

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 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 : 20012466

N° Facture : 20012842

Date facturation : 28/12/2020

Nom et prénom du patient : ZAHRA TAMIME

Convention : PAYANT

Traitement : perfusion

Entrée: 23/12/2020 Sortie: 23/12/2020

PRESTATIONS		nombre	prix unitaire	montant
	PERFUSION	1.00	550.00	550.00
			sous-total	550.00
PHARMACIE		nombre	prix unitaire	montant
	Pharmacie			202.68
			sous-total	202.68
arrêtée la présente facture à la somme de :				
Sept cent cinquante deux dirhams soixante huit centimes			total :	752.68
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

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) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE 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.....



090001405

28/12/2020

اخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بورحيم
Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بنعيد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

**A MONSIEUR LE MEDECIN
CONSEIL**

Mon Cher Confrère,

Madame TAMIME ZAHRA est suivie au centre de traitement

AL-KINDY pour un carcinome mammaire métastatique.

A la date du 23/12/2020, la patiente a reçu un traitement médical

par perfusion de corticoïdes d'antibiotiques.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement

Complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère, en l'expression

de mes sentiments les meilleurs.

Docteur :


Dr M. El Morchid
Anesthésiste - Réanimateur
INPE: 091025007

DÉTAIL PHARMACIE CUMULÉ

N° Dossier : 20012466 Patient : TAMIME ZAHRA

Code article	Désignation article	Quantité	Montant HT
CONSOMMABLE			
CON00078	CHAMP STERIL	1	10.14
CON00079	LANCETS (Boite de 200)	2	0.30
CON00114	GANTS STERILES 7.5	2	19.50
CON00156	PERFUSEURES EN Y	1	12.00
CON00209	ROBINET A 3 VOIES	1	5.00
CON00210	SERINGUES 10 CC	4	16.00
CON00223	SERUM SALE 0.9% 500 ML	1	15.00
CON00310	GANT NON STERILE BOITE DE 100	6	5.94
CON00395	AIGUILLE DE HUBERT 20 G (001)	1	65.00
MEDICAMENT			
MED00024	ANDOL 1g INJECTABLE*	1	18.80
MED00208	METHYLPREDNISOLONE 120mg* INJECTABLE	1	35.00
Total:			202.68


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