

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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18



Déclaration de Maladie

M22- 0011985

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 618 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OUAIFI MILOUAD

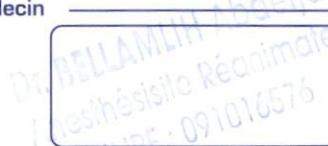
Date de naissance : 30/06/45

Adresse : 2, Rue Aissa Maissaoui Cas Hay Saram

Tel. 661168867 Total des frais engagés : . Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : EL OUAIFI MILOUAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de longue durée

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVE 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
2016/09/01	Examen physique	1	839,25	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
DR. B. Anesthésie INPE : 09/10/2012	21/10/2012					200,00

RELEVE 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

T DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE 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 الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكمياني الباطني - الاستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE
F A C T U R E



090001405

N° de l'admission : 22006021 N° Facture : 22005368 Date facturation : 21/06/2022

Nom et prénom du patient : **MILOUD EL OUAFI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **PERFUSION** Entrée: 18/06/2022 Sortie: 18/06/2022

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PERFUSION	1.00	550.00	550.00
		sous-total	550.00
PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			189.21
		sous-total	189.21

arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent trente neuf dirhams vingt un centimes **total :** **739.21**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65

REÇU AVANCE N° A2206321

CASABLANCA , Le 21/06/2022 à 10:08

N° Dossier : 22006021

Patient : EL OUAFI MILOUD

Titre devis : Soin ambulatoire

Mode de règlement	Banque	Référence	Echéance	Nom de l'émetteur	Montant en DH
Espèces					700.00
Total					700.00

Montant en toutes lettres : Sept cents dirhams

Reçu par :chrakoua z

Signature

Vous êtes pries de conserver ce reçu et de remettre au caissier à votre sortie

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
M-22-02-0067-077	MILOUD EL OUAIFI	21/06/2022
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par chrakoua z

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

RADIOOTHERAPIE 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 الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....

21/06/2022



090001405

أخصائيين في العلاج بالأشعنة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بوبيه

Dr A.BOUIH

الدكتورة نوال بوبيه

Docteur N.BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بورحيم

Docteur M.AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A.BAYLA

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S.TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur A.BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z.LAMRANI

COMPTE RENDU

Mon Cher Confrère,

Monsieur EL OUAFI MILOUD est suivi au centre de Traitement AL-KINDY pour un adénocarcinome colique métastatique.

A la date du 18/06/2022, le patient a reçu une perfusion avec traitement cortico-antalgique.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement Complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur :