

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14.16 Société : R. A. M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : D. B. A. S. M. E.

Date de naissance : 19.04.1960

Adresse : Bloc G N° 14 Deroua

Tél. : 06.71.87.11.00 Total des frais engagés : 1907,72 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/7/22

Nom et prénom du malade : D. B. A. S. M. E. Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : L.A.S.

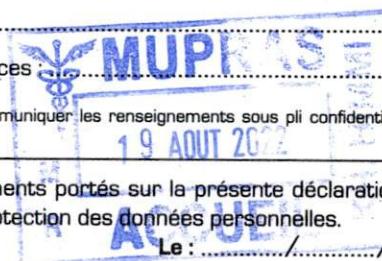
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/07/2022		1	6	
21.8/08/2022	Ex. 22.00	0.553 de 0.001	19.07.20	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

VOLET ADHERENT

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline G & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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

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 الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

أخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويء

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويء

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة أيت 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

الشخص بالأشعة

MEDECIN RADILOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

COMPTE RENDU

Mon Cher Confrère,

Monsieur DBALI MOHAMED est suivi au Centre de Traitement

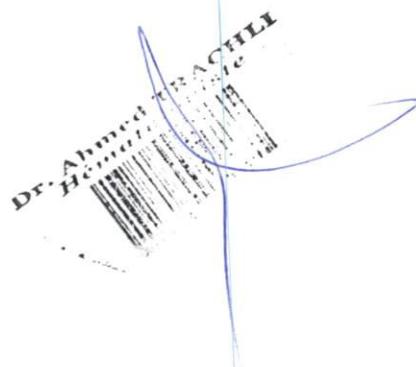
AL-KINDY pour une leucémie aigue.

A la date du 31/07/2022, le patient a été transfusé de 03 culots
plaquettaire.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement

Complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère, en L'expression de mes
sentiments les meilleurs.

Docteur :



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 الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE
FACTURE



N° de l'admission : 22007394 N° Facture : 22006553 Date facturation : 02/08/2022

Nom et prénom du patient : **MOHAMED DBALI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **TRANSFUSION DE CULOTS
PLAQUETTAIRES**

Entrée: 31/07/2022 Sortie: 31/07/2022

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
CULOT PLAQUETAIRE	3.00	298.00	894.00
TRANSFUSION EN AMBULATOIRE	1.00	1 000.00	1 000.00
		sous-total	1 894.00

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			13.70
		sous-total	13.70

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille neuf cent sept dirhams soixante dix centimes **total : 1 907.70**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 000000884749

Date et heure 30/07/2022 - 18:54
Etablissement CLINIQUE AL KINDY (05PRI00021)
2, BD KENNEDY
20000

Malade n° 0778449
Nom et prenom DABLI MOHAMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1007109021

Culot plaquettaire standard homologue (5H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05195204049		O +		1	03/08/2022		50
0005	05195203599		O +		1	03/08/2022		50
0005	05195204022		O +		1	03/08/2022		50

TOTAL

Produit - Libelle		Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
5H000 / - Culot plaquettaire standard homologue		3	150	298/poche	894

Signature responsable

NADIA.A



DÉTAIL MÉDICAMENT

N° Dossier : 22007394 Patient : DBALI MOHAMED N°Pièce d'identité : W4303

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
MED00446	METHYLPREDNISOLONE ISO 40 MG	13.70	1	13.70
				Total 13.70

Les produits pharmaceutiques et à usage unique cités ci-dessus sont à **utilisation hospitalière et sans vignettes.**



مركز العلاج الكيدي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Leucémie du Maroc
2-4, Rue Al Kindy
Tél : 0529 48 72 00 - Casablanca