

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.16 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DBAÏS

Méd

Date de naissance : 10/10/19

Adresse : Bloc Q N° 11 Dloma

Tél. : 06.71.87.12.00 Total des frais engagés : 17.11.54 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/08/20

Nom et prénom du malade : DBAÏS istha

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : LP

Enfant

En cas d'accident préciser les causés 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 : Dloma

Le : 19/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

A



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
10/18/2021				
10/19/2021	F: 2200 \$ 8	60 de Diff. + 124,154 +		Dr. RACHIL Généraliste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	2-5-2013 Tél. : 05 20 48 72 60 - Casablanca M. Diagnostic du Maroc Lindy
--	------	---

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la ~~acte~~ 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.



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000889995

Date et heure 09/08/2022 - 18:21
Etablissement CLINIQUE AL KINDY (05PRI00021)
 2, BD KENNEDY
 20000

Malade no 0778449
Nom et prenom DABLI MOHAMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1007109024

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05195175946		O +		1	19/09/2022		250
0005	05195175516		O +		1	19/09/2022		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

SAID.A



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 الكمياني الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....
F A C T U R E



N° de l'admission : 22007715

N° Facture : 22006840

Date facturation : 10/08/2022

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

Convention : **PAYANT**

Traitements : **TRANSFUSION** Entrée: 10/08/2022 Sortie: 10/08/2022

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
CULOT GLOBULAIRE	2.00	360.00	720.00
TRANSFUSION EN AMBULATOIRE	1.00	1 000.00	1 000.00
	sous-total		1 720.00

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			21.54
	sous-total		21.54

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille sept cent quarante un dirhams cinquante quatre centimes

total : 1 741.54

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

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 الموجة بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - 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 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

10/08/2022

COMPTE RENDU

Mon Cher Confrère,

Monsieur DBALI MOHAMED est suivi au Centre de Traitement

AL-KINDY pour une leucémie aigue.

A la date du 10/08/2022, le patient a été transfusé de 02 culots

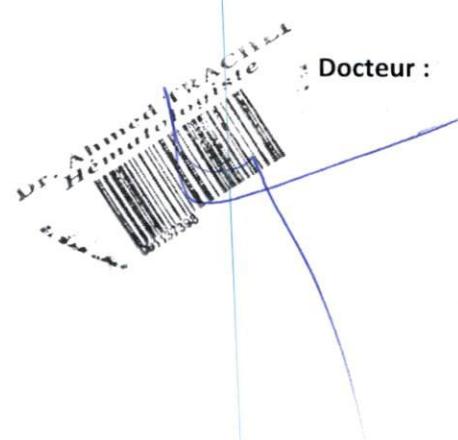
Globulaires.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement

Complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère, en L'expression de mes

sentiments les meilleurs.

Docteur :



DÉTAIL MÉDICAMENT

N° Dossier : 22007715 Patient : DBALI MOHAMED N°Pièce d'identité : W4303

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
MED00148	FURILAN * INJECTABLE	3.92	2	7.84
MED00446	METHYLPREDNISOLONE ISO 40 MG	13.70	1	13.70
				Total 21.54

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



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