

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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1440

Société : 127439

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/7/22

Nom et prénom du malade : Abdel N. Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : LAM

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) :

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
21/7/22	C G			<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROU Tél: 05 22 51 47 07	21-07-22	102,50
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROU Tél: 05 22 51 47 07	28-08-22	181,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000
	D 00000000 00000000 35533411 11433553
	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DATE DU DEVIS

MONTANTS DES SOINS

DATE DE L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

RADIOOTHERAPIE STEREOAXIQUE - 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 التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

NPE : 090001405

CASABLANCA, LE 21/11/12



090001405

Dr. Ahmed TRACHLI

432.00

- Valex 50



139.10P
139.50P

- Lovanic



78.30P
10P

- Nomyc 50



1023.202 gelat

INPE: 062074810
 LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BEN KELLOUN
 Imm. 94, Lot NAIT N°4 DEROUA
 Tel: 05 22 81 17 07

Dr. Ahmed TRACHLI
 Hématologue



LOT 21D043
EXP 11/24
PPV 78DH30
ك. فار

LOT 213038
EXP 02/24
PPV 78DH30
آفریک. فار
AFRIC

LOT 213038
EXP 02/24
PPV 78DH30

LOT 222053
EXP 02/25
PPV 78DH30
اف. فار

139,50

139,50

LOT 22002
EXP 03/25
PPV 432DH00

432,00



مركز الـ^{الكندي} علاج
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
 Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOTHÉRAPIE - CHIOTHÉRAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....

08/8/22



090001405

Mr DSBALI Mohamed

43.2

1- Zyloric 3+ S.V.

14/1 X 10/1

69.10 X 2

2- CUREAN L

2 qf x 2 j. X 10/1

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BENJELLOUN
 Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BENJELLOUN
 Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BENJELLOUN
 Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07

Dr. Ahmed TRACHELI
 Hématologue



www.centrealkindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente: 35806396 | IF: 01002283 | CNSS: 2026913 | ICE: 000 205 043 0000 17

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 المقرب من سينا، الدار البيضاء معايريف، المغرب

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01

+212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

+212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médical : +212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

PPV: 69 DH 50

ale

PPV: 69 DH 50

43,20

