

# 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 Meilleurs 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 : 666 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FAHRI ABDELLAH

Date de naissance : 10.01.1939

Adresse : 6 Rue Palais El Badji Moudawana Casablanca

Tél. : 0661200379 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

F.N. ROUSSI  
Radio-Oncologue  
INP : 091035972  
Centre Al Kindy - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Casablanca Le : 15/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

ABDELLAH

## 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
17/11/2011 11 23	CP	US	Signature	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

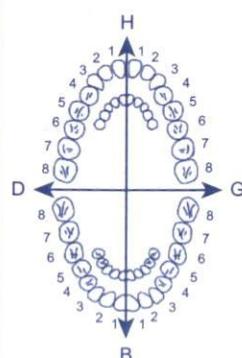
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**مركز العلاج الكندي**  
**CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY**  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERA  
 RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER  
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHER

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.....

17.1.23



090001405

TAHIRI Jouter Hassan AlSdenafi

مُرْكَزُ التَّعْلِيَّةِ الْكَنْدِيِّ  
 CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc  
 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy  
 Tél. : 05 20 48 72 90 - Casablanca

isipone 320/50 xl  
 Metflgl mednisel 40mg



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh  
 Bouskoura-Nouaceur  
 N° AMM: 288/16 DMP/21/NNP

[www.centrealkindy.ma](http://www.centrealkindy.ma) | E-mail : [alkindy.oncologie@centrealkindy.ma](mailto:alkindy.oncologie@centrealkindy.ma) | Patente : 3580

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01

: +212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

Secrétariat Consultation Médicale

Service Prise en charge et Di

**PH**  
**206DH00**

Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh  
 Bouskoura-Nouaceur  
 N° AMM: 288/16 DMP/21/NNP

+212 520 48 72 20

## Reçu Avance N° A2300623

CASABLANCA , Le 17/01/2023 11:20

Patient : TAHIRI JOUTEI HASSANI ABDERRAFI, N° Dossier : 23000692

Traitement : MÉDICAMENTS

Titre : Médicaments

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Espèces			425.70

Reçu par :AAKIL.A

Signature

Montant devis	425,70
Avance exigée	425,70
Total perçu	425.700
Reste à payer	0.000

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 للسكنار - الجراحة الإشعاعية

العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

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



090001405

N° de l'admission : 23000692      N° Facture : 23000434      Date facturation : 17/01/2023

Nom et prénom du patient : **ABDERRAFI TAHIRI JOUTEI HASSANI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Médicaments**      Entrée: 17/01/2023 Sortie: 17/01/2023

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			425.70
		sous-total	<b>425.70</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent vingt cinq dirhams soixante dix centimes

**total : 425.70**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65

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

## DÉTAIL MÉDICAMENT

N° Dossier : 23000692 Patient : TAHIRI JOUTEI HASSANI ABDERRAFI N°Pièce d'identité : B14144

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
MD00012	VISIPAQUE 50 ML	206.00	2	412.00
MD00537	METHYLPREDNISOLONE ISO 40 MG	13.70	1	13.70
				Total 425.70

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

