

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-421369

154274

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>566</b>	Société : <b>R A M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TAFIRI Abdellah</b>			
Date de naissance : <b>11-03-1939</b>			
Adresse : <b>6 Rue Palais El Badih An claus, casablanca</b>			
Tél. : <b>0661 900 379</b>	Total des frais engagés : <b>101,50 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>DR N. BOUIH</b> Radio - Oncologue INP : 091035972 Centre Al Kindy - Casablanca			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>TAFIRI Joutzir Hassani</b> Age : <b>82</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Fibrosarcome métabolique</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Accident</b>			
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 : **02/03/2003**

Signature de l'adhérent(e) : **A. TAFTIRI**

VOLET ADHERENT

#### **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
02/03/23	rx		G.	INP : Dr N. BOUIH Radio - Oncologue INP 1001005972 Centre Al Khayy - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### **RECEVEZ 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 الفياص - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء  
 INPE : 091035972

CASABLANCA, LE... 02/03/23



الدكتورة نوال بوعي  
 Docteur Nawal BOUIH  
 أخصائية في العلاج بالأشعنة  
 RADIO-ONCOLOGUE

Tatiri Joutei Hassani  
 T boulrifi

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1,  
 Ain sebâ Casablanca  
 Solupred 20 mg 20 cp  
 P.P.V. : 48,70

6 118000 060536

687

11 gélules laj SV

2cp matin apôs petit déjeuner x 5jous

1cp. matin. x 10jous

152 85  
 100 gélules laj  
 100 gélules = jous

DR BOUIH  
 Radiologique - 091035972  
 Centre de Traitement Al Kindy - Casablanca

**PHARMACIE L'ORCHIDEE**  
 Angle Boulevard Ghandi &  
 La Route d'Azemmour  
 CASABLANCA  
 22.36.66.22

[www.centrealkindy.ma](http://www.centrealkindy.ma) | E-mail : [alkindy.or.091035972@centrealkindy.ma](mailto:alkindy.or.091035972@centrealkindy.ma) | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026911 | I.G.E : 000 205 043 0000 17

العنوان: 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca - Maroc 20370 - المغرب - زنة يوسف الكندي، شارع بن سينا. الدار البيضاء مغاريف.

Accueil Général : +212 520 48 72 00

+212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale : +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