

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-004071

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : 196169

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : B. TAHIRI MALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D.S. TACHFINE  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : TAHIRI MALIKA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ 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
19/02/2024	g		309,22	

# 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
	Le 19/02/2024	Facture N° 244245	de dhs 1000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

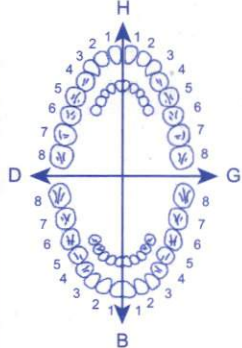
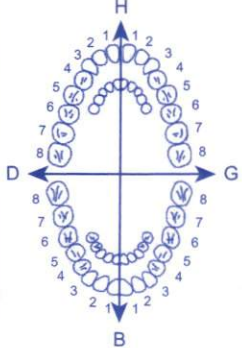
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 20/05/2014

الدكتور سعيد تاشفين  
Docteur Said TACHFINE

اختصاصي في العلاج بالمواد الكيماوية  
ONCOLOGUE MEDICAL

*Le oncs Zahra*

*Jeune svt  
Ech - de pph  
du plan my gh  
+ rgr de nlt + os - ltr*

*Scen*  
**Dr S. TACHFINE**  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca



RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE 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 الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA LE .....  
**FACTURE**



090001405

N° de l'admission : 24003199 N° Facture : 24001893 Date facturation : 19/02/2024

Nom et prénom du patient : MALIKA OUNAS

Convention : PAYANT

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 19/02/2024 Sortie: 19/02/2024

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
ECHO DOPLER	1.00	1 000.00	1 000.00
		sous-total	1 000.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille dirhams

total : 1 000.00

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

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-06-01-043-049	MALIKA OUNAS	19/02/2024
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par chrakoua z

Dr S. TACHINE  
Spécialiste en Oncologie Médicale  
INP : 091131524  
Centre Al Kindy - Casablanca

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE 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 الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....

Le 19 Février 2024



090001405

**Nom et prénom: OUNAS MALIKA**

**Médecin Traitant: DR TACHFINE SAID**

**ECHODOPPLER DU MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE**

Les veines jugulaires externes, sous clavière, axillaire, céphalique, basilique, radiale et ulnaire sont libres et compressibles.

Petite adénopathie ovalaire à centre hyperéchogène inflammatoire sus claviculaire bilatérale de 7,2mm à droite et 8mm à gauche.

Sein droit remanié sans lésion visible.

Les deux creux axillaires sont libres.

Confraternellement

DR. Z. LAMRANI

*Dr. Z. LAMRANI*  
Radiologue







Centre Al Kindy

19/02/24 13:43:20

MME OUNAS, MALIKA  
ADM 190224-132943MI 1.2 Tis 0.0 12L  
Sein

B CHI  
Frq 12  
Gn 8  
E/A 10  
Carte V/D  
D 6  
DR 75  
FR 14 Hz  
AO 100 %

(.) Ratio A/B  
F.d.travail Direct Rep.

- 4

4-

- 6

6-

Annot  
Mode

1 Surbrillance

Extraire

2 Redim. Flèche

Effacer le mot

3 Largeur flèche

Définition de comm..

4 Rotat. flèche

Annuler

5 Infobulle - Suppres..

Superposition texte

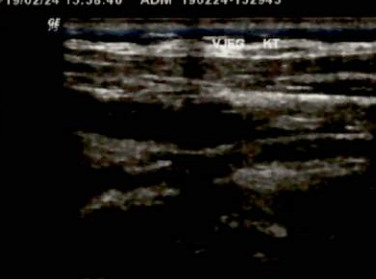
Menu

19/02/24 13:43:43



Centre Al Kindy

19/02/24 13:38:46

MME OUNAS, MALIKA  
ADM 190224-132943MI 1.2 Tis 0.0 12L  
Sein

B CHI  
Frq 12.0 MHz  
Gn 86  
E/A 10  
Carte V/D  
D 4.5 cm  
DR 75  
FR 14 Hz  
AO 100 %

1386 1386 (98 2 98 2 4)

\* Générique

(Z) % de sténose

(X) Volume

(C) Angle

(.) Ratio A/B

F.d.travail Direct Rep.

1

2-

3-

3-

4-

4-

Cine  
Mode

1 Mode Cine

Sélectionner tout

2 Nbre Cycles

Vitesse fluide

3 Image départ

Image de début III

4 Image fin

Image de fin III

5 Image par image

Lecture/Map

Menu

19/02/24 13:38:46



Dérouler



