

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Saisi

5926

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008996

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAHIRI Malik Date de naissance : 14/07/1980
Adresse : 05/Parc Quaili, Maarif 20380
Tél. : 0522983863 Total des frais engagés : 457,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : OUNAS TALIKANE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer du sein droit
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 25 OCT 2019
Signature de l'adhérent(e) :



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
14/10/2019	Q	-	300	Dr S. TACHFINE Spécialiste en Oncologie Médicale N°P : 091731532 Centre Al Kindy - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANSOUR 141 Bd. Yacoub El Mansour Tél: 0522 25 00 74/0522 99 39 86	14/10/19	152,50

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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient

F-06-01-043-049

Nom du patient

MALIKA OUNAS

**Date
encaissement**

14/10/2019

Mode paiement

Espèces

Motif/Référence de paiement

Contrôle

**Montant
Dhs**

300.00

Reçu établi par AMINE.I

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

RADIOThÉRAPIE PAR VMAT, IMRT - (CIRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOThÉRAPIE STERÉOTAXIQUE - 2 CLINACS EN 400IRS - SCANNER BIG BORE - RADIOThÉRAPIE MÉTABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DÉBIT DE DOSE (HDD) - CHIMIOThÉRAPIE - CHIMIOThÉRAPIE INTRA PÉRITONÉALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإشعاع وراثي - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء
INPE : 091131532

CASABLANCA, LE...



091131532

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية
ONCOLOGUE MEDICAL

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INPE : 091131532
Centre Al Kindy - Casablanca

58,40

1) S. hyn l E. nie Talika
E. y le Jutu o J. TACHIRI

15,90

2) E. paul ju E. y si dl

83,20

3) Spectrum 500

158,150

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INPE : 091131532
Centre Al Kindy - Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | 01002183 | 2033 : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

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

Accueil Général : +212 520 48 72 00/01	Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02	Service Facturation : +212 520 48 72 07
: +212 522 39 33 33	Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03	Service Caisse : +212 520 48 72 09
Fax : +212 522 39 37 34	Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04	Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

sanofi aventis

Solupred® 20mg

58,40

Solupred® 20mg

Prednisolone

37X37X55

Solupred® 20 mg

20 comprimés effervescents

احترم الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

6 118000 006036

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

utilisation

Lire attentivement la notice avant utilisation

Excipient à effet notoire : sodium.

Excipient.

Excipients q.s.p un comprimé effervescent.

Composition : Prednisolone : 20 mg

Solupred® 20mg

prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



78x58x30

Tableau A (liste II)

احترم الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITESUniquement sur ordonnance
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

COOPER PHARMA

41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca
Amina DAOUDI :
Pharmacien responsableSPECTRUM 500 mg
10 comprimés

6 118000 081456

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents

6 118000 030911

Composition : Paracétamol : 0,500g

Excipient q.s.p un comprimé effervescent

لا يترك في متناول الأطفال

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

Laboratoires LAPROPHAN SA.

21, Rue des Oudaya - Casablanca.

Fabriqué au Maroc sous licence

des laboratoires UPSA

83,20

500 ملغ
عن طريق الفم



10 x 10

أقراص ممتصة



COOPER
PHARMA

٢

سبيكتروم

سيبرفلوكساسين

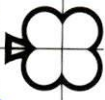
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٧	١٨	١٩	٢٠

Spectrum
ciprofloxacin



500 mg
Voie orale

Comprimés pelliculés 10 x 10



UPSA
laboratoires

افيرالجان®
باراسيتامول

ملغ 500
16 قرصا فائرا

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90

EXP 05/2022

LOT 8D079 1

16 comprimés effervescents