

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, parodontologie 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 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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-536115

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BENABDALLAH F
Urgentiste
CENTRE AL KINDY
2-4, rue Al Kindy - Tél. 022.39.33
CASABLANCA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le :

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
24/12/2020	2225	5	24,00	CENTRE AL KINDY K. Kindy - Tél. : 022.39.33.33 CASABLANCA
12/12/2020	facture	2000	1178	

[illegible]

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

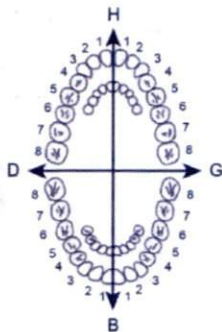
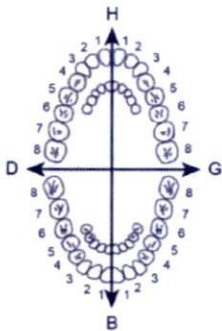
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETAIL PHARMACIE CUMULÉ

N° Dossier : 20002695 Patient : BERRADA GOUZI SAMIRA

Code article Désignation article

CHIMIO-AMBULATOIRE

CHA00175 ONDANSETRON 8 MG BTE 5

CONSOMMABLE

CON00044 BAVETTES A LASSER
CON00078 CHAMP STERIL
CON00079 LANCETS (Boite de 200)
CON00083 CHARLOTTE
CON00114 GANTS STERILES 7.5
CON00156 PERFUSEURS EN Y
CON00195 ROBINETS A 3 VOIES
CON00210 SERINGUES 10 CC
CON00223 SERUM SALE 0.9% 500 ML
CON00310 GANT NON STERILE
CON00440 PROLONGATEUR 50 CM (001)

MEDICAMENT

MED00208 METHYLPREDNISOLONE 120mg* INJECTABLE
MED00424 OMEPRAZOLE NORMON 40 MG

Quantité	Montant HT
1	80.00
2	8.00
2	20.28
1	0.15
2	6.00
2	19.50
1	12.00
1	11.00
6	24.00
1	15.00
6	355.20
1	12.00
1	35.00
1	29.90
Total:	628.03

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

Lot: P6AM1
Exp.: 09-2021
PH: 09-00-04
N° AMM : 250 DMP/21/NCI
Omeprazole
6 18001 220342
NOTICE: INFORMATION
Dénomination du médicament
Omeprazole
Veuillez lire attentivement la notice avant de prendre le médicament.
Gardez cette notice.
Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament est un médicament à prescription obligatoire.

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 : 20002695 N° Facture 20002775 Date facturation : 12/03/2020

Nom et prénom du patient : **SAMIRA BERRADA GOUZI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **PERFUSION** Entrée: 04/03/2020 Sortie: 04/03/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PERFUSION	1.00	550.00	550.00
		sous-total	550.00
PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			628.03
		sous-total	628.03

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cent soixante dix-huit dirhams trois centimes

total : 1 178.03

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

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 12 Mars 2020



اخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مألحة آيت محمد بورحيم

Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بن عبد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

**A L'AIMABLE ATTENTION DE
MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL**

Mon Cher Confrère,

Madame **BERRADA GOUZI SAMIRA**, est suivie au Centre de Traitement Al-Kindy pour adénocarcinome du rectum

En date du **04/03/2020**, la patiente a présenté une altération de son état général post chimiothérapie, pour laquelle, elle a reçu une perfusion avec un traitement anti-vomissement et IPP.

En restant à votre entière disposition, veuillez agréer, Mon Cher Confrère, l'expression, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur

Dr BENABDALLAH A.
Urgentiste
CENTRE AL KINDY
2-4, rue Al Kindy
CASABLANCA
022.39.33.33

Reçu Avance N° A2006207

CASABLANCA , Le 04/03/2020 18:03

Patient : BERRADA GOUZI SAMIRA , N° Dossier : 20002695

Traitement : SOIN AMBULATOIRE

Titre : Soin ambulatoire

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Carte Bancaire(T.P.E)	Banque Populaire	96809501	700.00

Reçu par :CHRAKOUA Z

Signature

Montant devis	700.000
Avance exigée	700.000
Total perçu	700.000
Reste à payer	0.000

Centre
Monétique
Interbancaire

04/03/20

17:57:34

9900680951

96809501

SERVICE IBN AL BANAA
Casablanca

A00000000049999D504

APP : MasterCard

BEN ABDALLAH JAMAL

xxxxxxxxxxxxxx1192

07/21 CARTE NATIONALE

64B94396BBFEC39D

620-0-9999-1-55

MONTANT: 700,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 014147

STAN : 000424

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT