

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.

Biologie 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.

Radiothérapie :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de radiothérapie.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0031177

ND: 33424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1515 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 M. EL MOUCHID
Radio - Oncologue
INP : 091048651
Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : 02/03/2020

Nom et prénom du malade : JAHAT Fatima Age:

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

Nature de la maladie : ADK du colon

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
02/03/20		cs	gratuit	

Dr. M. EL MORCHID
Radio-oncologue
NIP 101058651
Centre Alghany - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/20	86,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02-03-20	B74offe	200DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

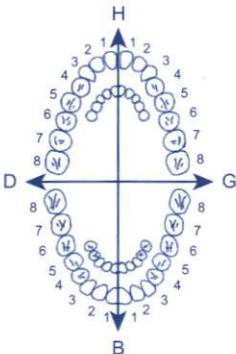
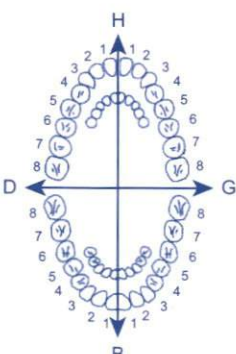
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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'EX



أخصائي في التحليلات الطبية
(الدكتور الفلوري محمد)

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Facture N° : 11742
Casablanca le 2 mars 2020
A l'attention de : **Mme JAMAI MOUHTADI FATIMA**

Analyses :

Numération formule complète -----	B	80
Créatinine sanguine -----	B	30
Urée -----	B	30

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

Total dossier : 200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE MEDICAL PANORAMIQUE
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél.: 05 22 52 29 61

197. شارع بانوراميك. زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء
197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الفاكس: 05 22 52 26 59 / الهاتف: 05 22 87 50 47 / Tél : 05 22 52 29 61

Patente : 34033937 - I.F.: 51360060 - C.N.S.S.: 6070445 - ICE: 001714638000061 - INPE: 093002053

PPV

LOT

PER

28,80



6 118000 180593



30 comprimés pelliculés

VITANEVRIL® FORT 100 mg

PPV

LOT

PER

28,80



VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80



VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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...



090001405

٩٠ FANAI Fatima

28,80X3

١) Vitanévlgl



1cp x 3x par un mois

86,40

Dr M. EL MORCHID
Radio - Oncologue
INP : 091058651
Centre Al Kindy - Casablanca

Pharmacie EL MOSTAKBAL
GHRIB Abou Eladi
PHARMACIEN

63, Bd Erfoud Casa 20130
Aïn Chock Cas 20130
Tel : 091058651
Dr M. EL MORCHID
Radio - Oncologue
INP : 091058651
Centre Al Kindy - Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي : 4، زنقة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370 | Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01

+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



الرئيس (الفاوري) محم
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 
Ex. Attaché des Hôpitaux de France

Dossier ouvert le : 02/03/20.

Prélèvement effectué à 08:28

Mme JAMAI MOUHTADI FATIMA

Dossier N° :20C22

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

**Valeurs de référence
(Femme Adulte)**

* HEMATOCRITE	: 34,0	%			35 - 47
HEMOGLOBINE	: 12,1	g/100			12 - 16
GLOBULES ROUGES	: 4,07	M/mm ³			4 - 5,4
CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES					
* V.G.M.	: 83	fl			85 - 100
T.G.M.	: 29	pg			27 - 33
C.C.M.H.	: 35	%			31 - 36
* GLOBULES BLANCS	: 3 760	/mm ³			4000 - 10000
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
* P. NEUTROPHILES (PNN)	: 48,4	%	soit	1 820 /mm ³	50 - 70 % 2500 - 7125 /mm ³
P. EOSINOPHILES (PNE)	: 1,9	%	soit	71 /mm ³	1 - 3 % 50 - 285 /mm ³
P. BASOPHILES (PNB)	: 0,5	%	soit	19 /mm ³	< 1 % < 95 /mm ³
LYMPHOCYTES	: 35,9	%	soit	1 350 /mm ³	25 - 40 % 1000 - 3800 /mm ³
MONOCYTES	: 13,3	%	soit	500 /mm ³	3 - 10 % 150 - 665 /mm ³
* PLAQUETTES	: 138 000	/mm ³			150000 - 400000
<i>Leucopenie.</i>					
<i>Thrombopenie.</i>					

BIOCHIMIE

CREATININE : 6,39 mg/l
Soit : 57 µmol/l

UREE : 0,20 g/l
Soit : 3,33 mmol/l

197, شارع بانوراميك , زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء

197, Bd. Panoramique, Angle Bd 2 Mars - Aïn Chock - Casablanca

الهاتف : 05 22 52 29 61 / 05 22 87 50 47 : الفاكس : 05 22 52 26 59

Patente : 34033937 - I.F. : 51360060 - C.N.S.S :6070445 - ICE : 001714638000061

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél: 05 22 52 29 61
44,25 - 97,35

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE 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 للسكانز - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE:

Mme/Mr. :

JANAT Fatma

☒ NFS + PLAQUETTES

☒ UREE + CREATINEMIE

☐ GLYCEMIE

☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☐ YGT + PHOSPHATASES ALCAINES

☐

☐

☐

☐

☐

☐

RDV, le : **02-03-20** à **Dr. Tarnidi**

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370

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

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34