

# 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 047038

ND: 334 334 25

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1519 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 16/03/2019

Nom et prénom du malade : JAMAL Matar Age: .....

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : néo du cancer

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
16/03/20	cs		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/20	5420

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-03-20	8740pp	200DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) 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'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 للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE 16-3-20



090001405

JANAI Fakno

15,70

① Bicarbonate Sod

3 cés dans 1/2L d'eau  
du robinet

38,50 x 6-8 / Jours

② Neutral sirap

54,20 1 cém 3/4

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 202/913 | ICE : 000 205 043 0000 17

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

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

PPV 380H50

EXP 01/2023  
LOT 9N034 1

# Neutral<sup>®</sup>

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**

**Suspension buvable 250 ml**



Neutral<sup>®</sup>  
Suspension  
buvable  
250 ml





الدكتور (الفاوري) محسن  
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 7  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Facture N° :** 11747  
**Casablanca le** 16 mars 2020  
**A l'attention de :** **Mme JAMAI 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 PANORAMIQUE  
D'ANAYSES MEDICALES  
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



الدكتور (نفاوري) محمر  
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 V  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Mme JAMAI FATIMA**

Dossier ouvert le : 16/03/20.

Prélèvement effectué à 08:19

Dossier N° : 20C1607

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE COMPLETE

					Valeurs de référence (Femme Adulte)
*	HEMATOCRITE	: 32,3	%		35 - 47
*	HEMOGLOBINE	: 11,6	g/100		12 - 16
*	GLOBULES ROUGES	: 3,88	M/mm <sup>3</sup>		4 - 5,4
<b>CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES</b>					
*	V.G.M.	: 83	fl		85 - 100
	T.G.M.	: 29	pg		27 - 33
	C.C.M.H.	: 35	%		31 - 36
	GLOBULES BLANCS	: 5 490	/mm <sup>3</sup>		4000 - 10000
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>					
	P. NEUTROPHILES (PNN)	: 50,3	%	soit 2 761 /mm <sup>3</sup>	50 - 70 % 2500 - 7125 /mm <sup>3</sup>
*	P. EOSINOPHILES (PNE)	: 0,5	%	soit 27 /mm <sup>3</sup>	1 - 3 % 50 - 285 /mm <sup>3</sup>
	P. BASOPHILES (PNB)	: 0,4	%	soit 22 /mm <sup>3</sup>	< 1 % < 95 /mm <sup>3</sup>
	LYMPHOCYTES	: 31,1	%	soit 1 707 /mm <sup>3</sup>	25 - 40 % 1000 - 3800 /mm <sup>3</sup>
	MONOCYTES	: 17,7	%	soit 972 /mm <sup>3</sup>	3 - 10 % 150 - 665 /mm <sup>3</sup>
*	PLAQUETTES	: 124 000	/mm <sup>3</sup>		150000 - 400000
<i>Thrombopenie.</i>					

## BIOCHIMIE

CREATININE	: 7,29	mg/l	5 - 11
	Soit : 65	μmol/l	44,25 - 97,35
UREE	: 0,17	g/l	0,1 - 0,5
	Soit : 2,83	mmol/l	1,67 - 8,33

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste  
Tél.: 0522 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

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 للسكران - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

16-23-20  
 CASABLANCA, LE .....

Mme / Mr. :

**FATIA Fatima**

☒ NFS + PLAQUETTES

☒ UREE + CREATINEMIE

☐ GLYCEMIE

☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☐ YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

☐

☐

☐

☐

☐

☐

RDV, le : ..... à .....

**AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES**

[www.centrealkindy.ma](http://www.centrealkindy.ma) | E-mail : [alkindy.oncologie@centrealkindy.ma](mailto:alkindy.oncologie@centrealkindy.ma)

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

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

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