

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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



ND: 40353

MUPRAS  
RECEPTION 9

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021402

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2185 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKHRIFF KHALIL de naissance :

Adresse : S.A.B. B.P. 1212 Rabat Kenitra Nouassiss S.A.B.

Tél. 06 31 18 34 73 Total des frais engagés : 536,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AKHRIFF KHALIL Age :

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

Nature de la maladie : ASIE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 SEP 2021

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 : DEBORA

Le : 02/02/2021

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
20/06/2020	Q		G	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

# 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
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	01/07/20	B, 100	350,00

# 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			DATE DU DEVIS
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			DATE DE L'EXECUTION
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





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) CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) HOSPITALISATION

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

Dr S. TACHAL  
Spécialiste en Oncologie  
Tél : 091131532  
Centre Al Kindy - Casablanca

CASABLANCA

Mme Mr. :

AKHRIF

28/06/2020

☒ NFS + PLAQUETTES

☒ UREE + CREATINEMIE

☒ GLYCEMIE

☒ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☒ γGT + PHOSPHATASES ALCAINES

☐

☒

☐

☒

☐

RDV, le :

à

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

Dr S. TACHAL  
Spécialiste en Oncologie  
Tél : 091131532  
Casablanca

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

المقر الرئيسي : 4 - رفقة يوسف الكندي - شارع البنيان - 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





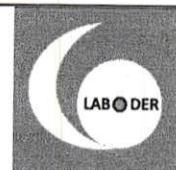
**LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA**

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA

Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : [laboratoire.deroua@gmail.com](mailto:laboratoire.deroua@gmail.com)

Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409

ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984

**FACTURE N° : 000031639**

ICE : 001850656000092

INPE : 063061733

Deroua le 01-07-2020

**Mr Khalil AKHRIF**

Demande N° 2007010040

Date de l'examen : 01-07-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
0362	Ca 125	B400	B	536.00 MAD
Total				536.00 MAD

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 350DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirhams

