

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.

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 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

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 - 8ème 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° P19-0028719

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

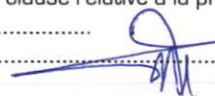
Cadre réservé à l'adhérent (e)

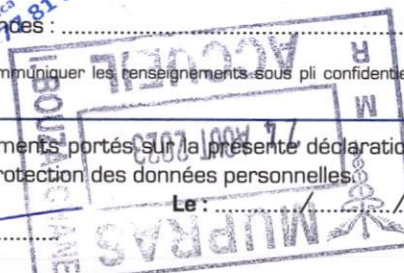
Matricule : 9697 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAKOUR Bouetika
 Date de naissance : 20.10.65
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 06.62.96.77.49 Total des frais engagés : 3189,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 26/05/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Mélanome
 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 : Casablanca Le : 26/05/2023
 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 assistant le Paiement des Actes
13.06.83			300	
26.05.83			C	
13.06.83	Rincage		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/23	2139,00

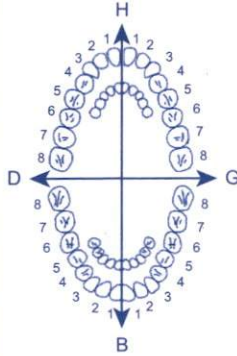
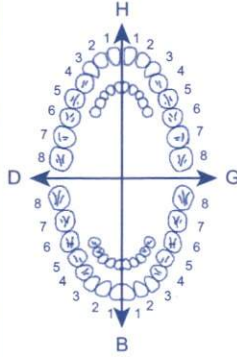
[illegible][illegible]

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															
				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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Échographie / Écho Doppler • Radiologie Interventionnelle
- Radiologie Standard Numérique • Mammographie / Tomosynthèse / Microbiopsie / Macrobiopsie

17/07/2023

PATIENT : CHAKOUR BOUCHRA

PRESCRIPTEUR: MAMOÛ NAOUFAL

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.

TECHNIQUE :

Examen réalisé en incidence de face et de profil axillaire du sein droit avec tomosynthèse

RESULTATS :

L'étude échographique de contrôle retrouve ce remaniement échogène inféro-externe externes du sein droit circonscrit avasculaire siège de quelques foyer atténuant d'origine calcique l'aspect évoque un remaniement type stéatonécrose cette formation ne montre pas d'hypervascularisation au Doppler à confronter au contexte clinique et à compléter pour une meilleure caractérisation par une étude IRM la mammograph

DR. ZOUAOUT ARDEL AZIZ

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien sécurisé suivant : pacswebcioc.ddns.net (Login : HIS231738678985 Mot de passe : HIS20100)



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

26/05/2023

Mme CHAKOUR BOUCHRA

713,00x3

LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 3 mois

2139,00



Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

Lot : 93095
Per : 02/2026
PPV : 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



Lot : 93095
Per : 02/2026
PPV : 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



Lot : 93095
Per : 02/2026
PPV : 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

13/06/2023

Facture N°: FC2306004644

Mme CHAKOUR BOUCHRA

Acte : Consultation

Prix : 300 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue-Radiothérapeute
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

PHARMACIE DU LYCEE.SARL.AU
MME BENNANI HIND
8 B,RUE DE LA
REUNION.BOURGOGNE.CASABLANCA

Tél : 0522294767

23/08/2023

MME CHAKOUR BOUCHRA

FACTURE N° : 11670 du 23/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	LETROZOLE GT2.5 X 30 COMPRIMES	713,00	2 139,00	7%
Total TTC			2 139,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE CENT TRENTE NEUF DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	1 999,07	139,93	2 139,00
		1 999,07	139,93	2 139,00

PHARMACIE DU LYCEE
CASA SARL AU
N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA
Tél : 05 22 29 47 67
ICE : 001689088000047

Casablanca, le.....

13/06/2023

MME CHAKOUR BOUCHRA

échographie mammaire

bilan de surveillance de neoplasie du sein droit
avec sur mammo du 16/01/2023 ACR 3

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca



AKDITAL

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

Centre International d'Oncologie Casablanca

المركز الدولي لعلاج الأورام بالليزر



090063058

CASABLANCA Le : 17-07-2023

• Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Échographie / Écho Doppler • Radiologie Interventionnelle
 • Radiologie Standard Numérique • Mammographie / Tomosynthèse • Cytophotographie / Macrobiopsie

Facture N° 22126/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : COC23G17110343

N° Identifiant : 020100

Nom & Prénom : Mme CHAKOUR BOUCHRA

C.I.N : I150329

Adresse : adresse

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 17-07-2023

Date Sortie : 17-07-2023

Médecin traitant : DR. MAMOU NAOUFAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE CLINIQUE :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Centre International d'Oncologie
 de Casablanca
 Service Radiologie

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 25288434 - RC : 411395 - Adresse : 4, route de l'Oasis rue des Alouettes - Casablanca Tél. : 05 22 77 81 81 Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma - IF : 25288434 - ICE : 001996678000063 - CNSS : 1130764 - INPE : 090063058

ICE : 001996678000063

PATENTE : 34795375 - RC : 411395

BANQUE CIH RIB : 230780249925522100950045



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

13/06/2023

MME CHAKOUR BOUCHRA

rincage de CIP

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie
Casablanca - Route de l'Oasis
Tél. : 05 22 77 81 81
Fax : 05 22 99 65 74

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 13-06-2023

Facture N° 18437/23

A. Identification

N° Dossier : COC23F13120718

N° Identifiant : 020100

Nom & Prénom : Mme CHAKOUR BOUCHRA

C.I.N : I150329

Adresse : adresse

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-06-2023

Date Sortie : 13-06-2023

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitement : HEPARINATE

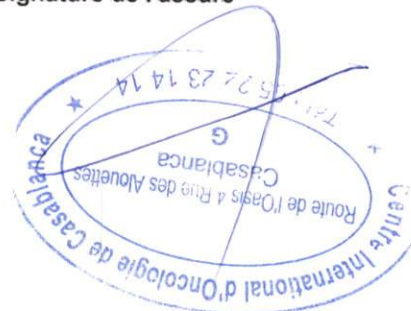
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	HEPARINAGE		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE CLINIQUE :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						250,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANC

NOM DU PATIENT : Mme CHAKOUR BOL
DATE DE NAISSANCE : 20/10/1965
COC23F13120718



Reçu N°: 137752

Paiement du 13/06/2023 12h09

Montant

250,00 €

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED LI
12h09