

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 - 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

M23- 020044

195337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2. A. 7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GHAT : IC RAT : Sino

Date de naissance : 13/09/88

Adresse : 1, Rue Hassan II, 20000 Casablanca

Tél. : 0614387590 Total des frais engagés : 808.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2024

Nom et prénom du malade : EL GHAT : Ghizlene Age : 32

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

Nature de la maladie : Nécrologie de Mohamed

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 26/01/24 Le : 26/01/24

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
26-01-24	ce	250		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Kandar Inouzzar SARL AU DR. PH. BENMANNI, Z. NABIL RTE DE SEEFOLIMOUZZER KANDAR TEL : 05 35 66 31 64 INPE : 142035897 - ICE : 002974766000034	26/01/24	4312,90 185,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

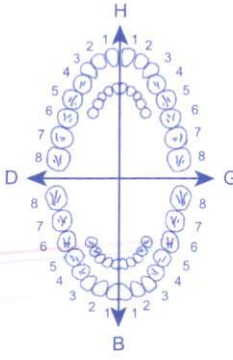
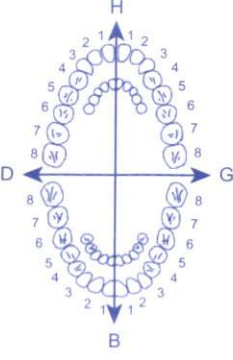
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



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.....

26/01/2024


Facture N°: FC2401000990

Mme EL GHAZI GHIZLANE

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature


Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
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



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.....

26/01/2024

Mme EL GHAZI GHIZLANE

$124,30 \times 3 = 372,90$

TAMOXIFENE GT 20 B 30



4284 16/02/2024

1 cp par jour pour 3 mois

372,90

Pharmacie Kandar Imouzzet SARL AU
DR. PH. BENNANI . Z. NASIL
RTE DE SEFROU IMOUZZER KANDAR
TEL : 05 33 56 31 54
INPE : 142035992 ICE : 002974766000034

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
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



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.....

26/01/2024

Mme EL GHAZI GHIZLANE

10.00

1/ AUREOMYCINE (une boite)



1 appl x 3 / j

15.70

2/ TOPLEXIL SIROP (une boite)



1 cam x 3/ jour

20.00 x 4

3/ DOLI GRIPPE (4 boites)



1/jour

79.70

4/ ZITHROMAX /3CP 500MG (une boite)



1 cp par jour pendant 3 j

185.4



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



PPV: 20DH00
PER: 03/26
LOT: M895



PPV: 20DH00
PER: 04/26
LOT: M1282



PPV: 20DH00
PER: 10/26
LOT: M3682

PPV: 20DH00
PER: 08/26
LOT: M2804

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص مغلفة / 500 مغ

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 11 2024 7970 P.P.V.

LOT N°: GT4641

79 70

P10002652

LOT: 23035
PER: 06/26
PPV: 10DH00





Toux sèches et irritatives

Oxémazine 0,33 mg/ml

Toplexil®

احتياطات خاصة للحفظ:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح القارورة لأول مرة.
يحفظ في العلبة الأصلية بعيدا عن الضوء.
يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

تعليمات الاستعمال:

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

PER.:09 2025

LOT :23E045



P.P.V : 15DH70

TOPLEXIL
SIROP Fl 150 ML



Médicament non soumis à prescription médicale.

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



**TOPLEXIL + GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en
l'absence d'alternative thérapeutique.**

COMPOSITION:

Tamoxifène (DCI): 20 mg par comprimé
(Sous forme de citrate de tamoxifène : 30,34 mg)

Excipients q.s.p pour un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبية:

تاموكسيفين: 20 ملغ لكل قرص واحد.
(على شكل تاموكسيفين سيترات: 30,34 ملغ)

مواصفات كـ. كـ. لكل قرص -

سواغ ذو تأثير معروف: لاكتوز -

يحفظ بعيدا عن مراه ومناول الأطفال -

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال -

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة -

Titulaire de l'AMM :

ATLAS PHARM

Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C,
Maroc

Atlas
APharm
GRUPO TECNIMEDE

Tamoxifène GT[®] 20 mg



TECNIMEDE
GROUP

Voie orale

30 comprimés

124,30

COMPOSITION:

Tamoxifène (DCI): 20 mg par comprimé
(Sous forme de citrate de tamoxifène : 30,34 mg)

Excipients q.s.p pour un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبية:

تاموكسيفين: 20 ملغ لكل قرص واحد.
(على شكل تاموكسيفين سيترات: 30,34 ملغ)

مواصفات ك-ك- لكل قرص -

سواغ ذو تأثير معروف: لاكتوز -

يحفظ بعيدا عن مراه ومتناول الأطفال -

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال -

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة -

Titulaire de l'AMM :

ATLAS PHARM

Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C,
Maroc

Atlas
APharm
GRUPO TECNIMEDE

Tamoxifène GT[®] 20 mg



TECNIMEDE
GROUP

Voie orale

30 comprimés

124,30

COMPOSITION:

Tamoxifène (DCI): 20 mg par comprimé
(Sous forme de citrate de tamoxifène : 30,34 mg)

Excipients q.s.p pour un comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبية:

تاموكسيفين: 20 ملغ لكل قرص واحد.
(على شكل تاموكسيفين سيترات: 30,34 ملغ)

سواغات كـ. كـ. لكل قرص -

سواغ ذو تأثير معروف: لاکتوز -

يحفظ بعيدا عن مراه ومتناول الأطفال -

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال -

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة -

Titulaire de l'AMM :

ATLAS PHARM

Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C,
Maroc

Atlas
APharm
GRUPO TECNIMEDE

Tamoxifène GT[®] 20 mg



TECNIMEDE
GROUP

Voie orale

30 comprimés

124,30