

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

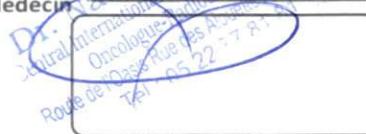
- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-587745
+4603

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4856	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUSTAFA
Nom & Prénom : GHABBAR			
Date de naissance : 18/05/61			
Adresse :			
Tél. : 0661965316 Total des frais engagés			
Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/06/2021 Nom et prénom du malade : Mme Bendoudou Age : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Nature de la maladie : neoplasie mammaire 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'attendeur de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
02/06/2021	C			INP : 091124761 Dr. Naoufal MAHMOUD International d'Oncologie Radiothérapie Centre de Casablanca - Alouettes - Casablanca Tél. 0524 7 81 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE DE CASABLANCA	02/06/2021	1422,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

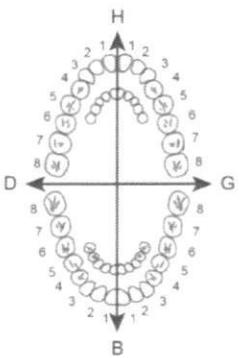
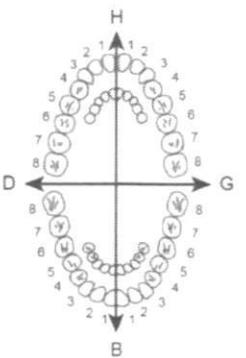
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	D	MONTANTS DES SOINS
00000000	00000000	00000000	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
35533411	11433553		G	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

02/06/2021

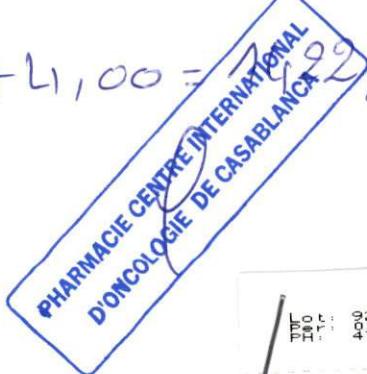
Casablanca, le :

Mme BENDOUROU KARIMA

LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 3 mois

474,00 = 22,00



Lot : 92065
Per : 01/2025
PH : 474 DH 00

Létrazole GT® 2,5 mg
30 comprimés



6118000420040
Lot : 92065
Per : 01/2025
PH : 474 DH 00

Létrazole GT® 2,5 mg
30 comprimés



6118000420040
Lot : 92065
Per : 01/2025
PH : 474 DH 00

Létrazole GT® 2,5 mg
30 comprimés



4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologie - Radiothérapie
Rue de l'Oasis, Rue des Alouettes
Tél : 0522 77 81 81



CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : GHABBAR
MOSTAFA

NOM DU PATIENT : Mme BENDOUROU
KARIMA

DATE DE NAISSANCE : 17/11/1960
COC21E26155841



Reçu N°: 51604

Paiement du 02/06/2021 11h30

Actes

Montant 1 422,00 Dh

Numéro de compte 9895

Nom de propriétaire GHABBAR MOSTAFA

Type de paiement TPE

**Centre
Monétique
Interbancaire**

02/06/21 11:45:18
9900786261
97862601
CENTRE INTER D ONCOLOGIE
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
GHABBAR MOSTAFA
xxxxxxxxxxxxx9895
06/24 CARTE NATIONALE
243F2083C5644C0C
220-0-9999-1-55

MONTANT: 1422,00 MAD
NUM TRANSACTION : 007
NUM AUTORISATION: 0U9523
STAN : 007253

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**