

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-676161

179909

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **7085**

Matricule : **7085** Société : **BAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **LOTFI FOUZIA**

Date de naissance : **21/05/1964**

Adresse : **2 AN A RESIDENCE ABSET TARGA**

Tél. : **661243301** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Najib BOURAS
Professeur en Oncologie
Chimiothérapie - Radiothérapie
Tél : 05 24 42 13 13
INPE : 001146019

Date de consultation : **23/07/22**

Nom et prénom du malade :

LOTFI FOUZIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cancer du sein

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 : **MAR**

Le : **23 / 07 / 2022**

Signature de l'adhérent(e) : **1**

Autorisation CNDP N° : A-A-715/2010

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

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
23/03/22	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SIMONNE Lot Massenaud Darga - Marakech Tél : 05 25 08 56 59	23/03/22	2058,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

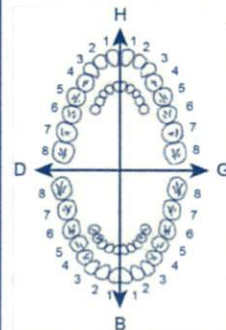
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

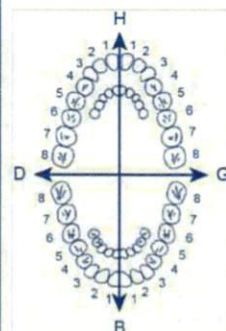
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. Najib BOURAS

Spécialiste en Oncologie - Radiothérapie

Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Bordeaux

Ex-enseignant aux Facultés de Médecine

de Casablanca et Marrakech

Ex-vice doyen à la Faculté de Médecine de Marrakech

INPE : 091146019

Marrakech, le : 23/03/2022 في : مراكش



091146019

Mme LOTFI Fouzia

1110,00

274,00 x 2

* Letrozole 2,5 mg cp N°6



2058,00

1cp le soir

QSP: 6 mois

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA
Oncologie Médicale - Radiothérapie
Al Beka N° 19 quartier de l'hôpital
Tél : 05 24 42 671 / INPE : 070061379
IF : 40434684 - TP : 45326432

Dr. Najib BOURAS
Professeur en Oncologie
Chimiothérapie - Radiothérapie
Tél : 05 24 42 13 13
INPE : 091146019

PHARMACIE OUHOUD
Dr. SAMMAR Jilbab
294, Lot Masshoud Targa - Marrakech
Tél : 05 24 08 56 59

Létro® 2,5 mg

Voie orale
30 comprimés pelliculés

GROUP

Lot: 92169
Per: 04/2025
PH: 474 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

Lot: 92169
Per: 04/2025
PH: 474 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés



6 118000 420040

GROUP

Voie orale
60 comprimés pelliculés

Lot: 92321
Per: 07/2025
PH: 1110 DH 00