

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.

134934

Déclaration de Maladie : N° P19-0019253

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 056057 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKA Ben Abdellah Date de naissance : 05.10.61

Adresse :

Tél. : 0662965519 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2011

Nom et prénom du malade : CHAKA Ben Abdellah Age :

Lien de parenté : -

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : néoplasme

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

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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
01.08.22	CS.			
09.08.22	at			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAPOLEON Angle Rue d'Oradour sur Glane et Rue des Antonins N° 11 Paris 15 ^e Montparnasse BIENVENUE	08/08/22	236,45

08 SEP 2022

713,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Roudani DIAGNOSTIC Roudani - Casablanca - Maroc Tél: 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04 Fax: 05 22 23 50 60 E-mail: roudani@hotmail.fr	11/02/22	2,22	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000

H	35533411	11433553
D		
B		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le.....

01/08/2022

Mme CHAKOUR BOUCHRA

28,80 x 3


1/ VITANEVRIL FORTE COMPRIME

1 comprimé Matin et 1 Midi et 1 Soir pendant 1 mois

210,00


2/ CICAPLAST BAUME B5 TOUS LES JOURS

1 application par jour apres la séance de radiotherapie
laver avant la séance de radiothérapie

256,40

PHARMACIE NAPOLEON
Angle Rue d'Oradour sur Glane
et Rue des Papillons N° 1
Oasis Casablanca
Tél.: 0522 25 08 84


3 337872 413018

33612622831619

Jettes, Casablanca
22 99 65 74

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



PPV

LOT

PER

28,80

Dr. Naoufal MANOU
Centre National International d'Oncologie
D'Onco-génétique, Radio-oncologie
Rue de l'Oasis N° 247 81
Boulevard Inter-Afrique Casablanca
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca



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

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux



LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 3 mois

Dr. Naoufal Mamou
S.V.



PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE
75 203 164 1
43, avenue du Maine 75014 Paris

08 SEP. 2022

Ouvert 7/7 8h00 - 21h00
Tél : 01.43.20.95.09 - Fax : 01.43.35.49.23
pharmaciebienvenue@hotmail.fr

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



Casablanca, le.....

09/08/2022

MME CHAKOUR BOUCHRA

osteodensitometrie

Dr. Naima BENJELLOUN DEBBAGH
CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 / 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU,
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 11/08/2022

FACTURE N° : FA:00 7351/22

Nom : CHAKOUR BOUCHRA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

HUIT CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

EXAMEN OSTEODENSITOMETRIE

800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /00778000035790000001534

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Maârif
Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04
0522 25 13 07 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
e-mail: roudani.crr@gmail.com

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 11/08/2022

Patient

Médecin traitant

Examen(s) réalisé(s)

CHAKOUR BOUCHRA

DR MAMOU NAOUFAL

OSTEODENSITOMETRIE

COMPTE RENDU

Technique : Appareil Hologic explorer corps entier Bi-photonique.

Sites de mesures : - Rachis lombaire de L1 à L4, hanche gauche.

- Avant bras gauche.

Résultat :

1) Rachis lombaire : Densité osseuse = 0,957 g/cm²

Z score = 0,4

T score = -0,8

2) Hanche : Densité osseuse = 1,047 g/cm²

Z score = 1,6

T score = 0,9

3) Avant bras : Densité osseuse = 0,514 g/cm²

Z score = 0,1

T score = -1,0

- DMO : (ou B.M.D)= Densité minérale osseuse (g/cm²).

- Z-Score : différence entre la valeur mesurée et la valeur moyenne au même âge et pour le même sexe (en écart-type).

- T-Score : différence entre la valeur mesurée et la valeur moyenne d'un adulte jeune (30 ans), de même sexe (en écart-type).

Conclusion :

Les résultats enregistrés ce jour, montrent selon les critères de l'OMS:

- Rachis lombaire : T score = -0,8 Normal.

- Hanche : T score = 0,9 Normal.

- Avant bras : T score = -1,0 Normal.

Définition de l'OMS :

Normal : T score supérieur ou égal à -1 écart-type.

Ostéopénie : T score entre -1 et -2,5 écart-type.

Ostéoporose : T score inférieur ou égal à -2,5 écart-type.

En vous remerciant de votre confiance

Dr N. BENJELLOUN

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

**** PHARMACIE LAAYOUNE ****
DR HIND IBRAHIMI
635, RUE GOULMIMA, CASABLANCA

25/10/2022

Tél :

chakour bouchra

FACTURE N° : 48260 du 25/10/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	LETROZOL GT 30 CP	713,00	713,00	0%
Total TTC				713,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SEPT CENT TREIZE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	713,00	0,00	713,00
		713,00	0,00	713,00



CNSS :
Compte :

I.C.E :
Patente :

INPE:
R.C :

I.F :

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

860588

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date J J M M A A 08092022

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

CHAKOUR

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

75014 PARIS 14^e ARRONDISSEMENT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MONTPARNASSE BIENVENUE

PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE

43 AV DU MAINE

75014 PARIS

752031641

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

HOP -

raison sociale

identifiant

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

751999996

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

08092022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

XX

	AT/MP	numéro							ou		date	J J M M A A A A
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES												
Prest. CTP/Ref. LPP(Ut)		Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod. Indic.	Date	Date		
							utili.	presc Subst.	début loc	fin loc		
PH1	3400941553899		2	40,45	80,90	LETROZ SDZ 2,5mg Cpr p						
HD1			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD1						
PHN	3337872413018		2	13,90	27,80	CICAPLAST BAUM B5 T 10						
PHN	3489940530087		1	9,99	9,99	BIOSINCE SHP/DCHE ROSE						
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR						
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE						

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT 1 2 4 , 8 1

MONTANT TOTAL
en euros

, , , , , , , ,

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MONTPARNASSE BIENVENUE

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

UCANSS - PARAGON CC - 20AC27 - 01/2022 - 20180588 - FSPHF 10-2014 S3115h

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'**adresse de l'assuré(e)**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.