

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

M22- 0028712

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1350 Société : 143882

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUESSOU ABISS

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse :

Tél. : 0665151170 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.10.2019

Nom et prénom du malade : NAJDANE Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Neoplasie de l'ovaire

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06.10.99 | C | 300 | | Dr. Naoufal MANOU International d'Oncologie Casablanca Oncologue-Radiothérapeute Rue des Mouettes - Casablanca Tél. 05 22 39 05 58 Fax 05 22 39 05 59 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie AL AMINA Dr. Amine Soussi 13, Rue Amalja Beauséjour Casablanca Tél. 05 22 39 05 58 Fax 05 22 39 05 59 | 06/10/2000 | 4984,50 Dhs |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 بالاداء البيضاء

Casablanca, le.....

06/10/2022

Mme NAJDANE AICHA

158130

1/ APROVEL 150 MG / 28CP

1 cp par jour, 3 Mois

126100x2

2/ CILENTRA 10 MG

1 cp par jour, 3 Mois

5810x2

3/ CA DENSIEL 5 MG

1 cp par jour, 3 Mois

960x4

4/ ELIQUIS 2.5 MG

1 cp 2 fois par jour, 3 Mois

123160x5

5/ INEXIUM 40 MG

1 cp le matin, 3 Mois

103,40x2

6/ TAHOR 20MG 28 CPS

1 cp par jour, 3 Mois

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

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

T= 4984150
DHS

S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
S.V.

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Soumi Samira
Dentiste Pharmacie
13, Rue El Anassir, Pessauéjou
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

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

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 960,00 DH



6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 960,00 DH



6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 960,00 DH



6 118001 171255

Eliquis® 5 mg
60 comprimés pelliculés
P.P.V.: 960,00 DH



6 118001 171255

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21/INQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21/INQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21/INQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21/INQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21/INQ P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

UT. AV.:

P.P.V.

02 2025

LOT N°: 103 40

FY 4485



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10-DH



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

UT. AV.:

P.P.V.

02 2025

LOT N°: 103 40

FY 4485

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28

P.P.V.: 1580DH30



6 118001 080892



Medicam

RE