

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0007034

149853

Matricule : 3096

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUSSADAKA Mostafa

Date de naissance : 25-3-58

Adresse : avenue

Tél. : 0661593736

Total des frais engagés : 393,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Rachida AAOUINI
Médecin Nucléaire
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Tél : 212 52 51 63 92 93
IN : 071007280

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : BouSSADAKA Mostafa Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Carcinome papillaire si différent

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 : Casa

Le : 22/11/23

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
19/01/23	CS	3	300,00	DR. Rachida AAOUINI Médecin Nucléaire Centre International d'Oncologie de Casablanca Tél : 212 06 10 83 92 93 NPE : 071007280

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES ST SAVANTS Nadia GOURAN GSM: 0667075025	19/1/23	93,60

ANALYSES - RADIographies

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr. Rachida AAOUNI

Médecin nucléaire

Gsm : +212 610 839 293

E-mail : r.aouuni@akditalholding.ma
19/01/2023

Casablanca, le :

M. BOUSSADAKA MOSTAFA

24.40 + 3

- 6.80 + 3 1. Levothyrox 100 µg
2. Levothyrox 25 µg

- 1 cp de Levothyrox 100 et 1cp de Levothyrox 25 par jour

93,60

A prendre 20 minutes avant le petit déjeuner
Traitement continu sauf avis médical contraire



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

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



PHARMACIE LES PARENTS
Dr. Rachida AAOUNI
Médecin Nucléaire
Centre International d'Oncologie
Casablanca
234 E Leuissent Zoubeir
Groupe Addoha Oulala - Casablanca
07 50 25



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

AKDITAL
Acteur de Santé

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 19-01-2023

Facture N° 01909/23

A. Identification

N° Dossier : COC23A19122351 N° Identifiant : 035350
Nom & Prénom : M. BOUSSADAKA MOSTAFA
 C.I.N : F251565
 Adresse : LOT AGENCE URAIN IM 86 I OULFA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-01-2023

Date Sortie : 19-01-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
 Nom prénom :

Médecin traitant : DR . AAOUINI RACHIDA

Traitements : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	HONORAIRES MEDICAUX					
1	DR. AAOUINI RACHIDA (MEDECINE NUCLEAIRE)		300,00			300,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :				Total Rubrique :	300,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL	300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		300,00 Dh	0,00 Dh

Le Centre International d'Oncologie
 4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes
 Casablanca - Tel: 0522 77 81 81
 Fax: 0522 99 65 74
 Médecine Nucléaire