

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-505853

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : W405 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MESKINE Lamya

Date de naissance :

Adresse : A71111

Tél. : 0662780465 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 10/1/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SCANNING

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 : 28/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28.07.23 | C | | 230 |  |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 28/07/23 | 629.66 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

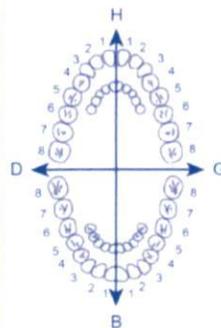
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

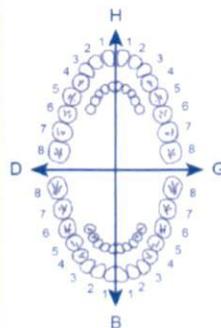
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

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

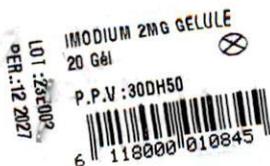
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

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



Casablanca, le.....

28/07/2023

Mme MESKINE LAMYA



357 ✓

1/ CHEMOSET 8 MG

1cp x 2/j pour 5 jours matin et soir 1/4 d'heure avant le repas

28.20

2/ VOGALENE SIROP

Une cuillère a soupe trois fois par jour un quart d heure avant le repas pour 5 jours

14. ✓

3/ BICARBONATE DE SOUDE : POUDRE

une grande cuillère dans un demi litre d'eau + 3 cp de cotipred 20 mg bains de bouche 4 à 5 fois par jour pour 1 mois

40, 10 x 5

30.50

4/ IMODIUM 2 MG 20 GES

1cp apres chaque diarrhée; maximum 6/j

5/ SILICIUM VERNIS LA ROCHE POSAY

1app par jour pendant toute la durée de la chimiothérapie

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
 Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
 E-mail : info@ciocasablanca.ma
 Site web : www.ciocasablanca.ma
 IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

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

629.60

...ologie, mode d'emploi
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M764

bottu s.a.
82, Allée des Casanovas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

PPV: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M764

bottu s.a.
82, Allée des Casanovas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

28,10

Lot :
EXP :
PPV (DH):

OT: 0203567 EXP: 05/26
PPV: 357DH00

és Pelliculés

...ologie, mode d'emploi
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M764

bottu s.a.
82, Allée des Casanovas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable





AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

28/07/2023

Facture N°: FC2307005978

Mme MESKINE LAMYA

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

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

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

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028