

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUUPRAS 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.

M23-0018387

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 96.97

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKOUR Bouchra

Date de naissance : 20-10-1965

Adresse : Habtelle

Tél. : 06.62.26.55.49 Total des frais engagés : 9139,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2013

Nom et prénom du malade : CHAKOUR Bouchra Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie mammaire

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 : CHAKOUR Bouchra Le : 01/09/2013

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 la validité des Actes
01/09/23	CS	Co 5	Co 5	Dr. Noufal M'BROU Centre International Franco-Marocain d'Oncologie et de Thérapie des Alcooliques route de l'Oasis, Casablanca Tél : 05 22 47 81 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMADA CASA - SARL AU bis rue de la Pluie 10767 Tel: 05 22 47 67 012 88800047	01/09/23	2139,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

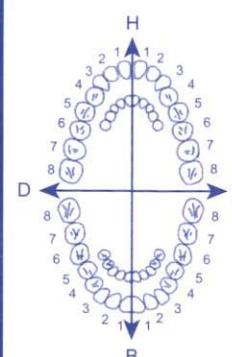
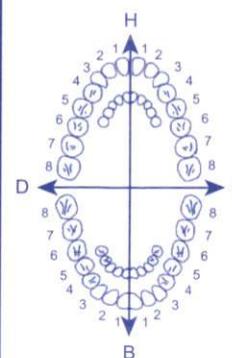
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie
4, route de l'Oasis, Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Casablanca, le 17/09/2013

Mme CHAKOUR BOUCHRA

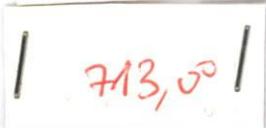
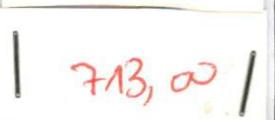
713,00 x 3

LETROZOLE 2.5 MG



1cp par jour pendant 3 mois

2139,00



Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie
4, route de l'Oasis, Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

PHARMACIE DEE.SARL.AU
MME BENNAN
8 B,RUE DE LA
REUNION.BOUNE.CASABLANCA

Tél : 0522294767

01/09/2023

MME CHAKOUICHRA

FACTURE N° : 15461 du 01/09/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	LETROZOL 2.5 X 30 COMPRIMES	713,00	2 139,00	7%
Total TTC				2 139,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE CENT TRENTÉ NEUF DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	1 999,07	139,93	2 139,00
		1 999,07	139,93	2 139,00



CNSS : 2567272
Compte : 050810006010445609200119

I.C.E : 001689088000047
Patente : 35423879

INPE:092022060
R.C : 366151

I.F : 20719274
RIB :

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

CHAKOUR Bouthaina -

Matricule :

9697

N° CIN : 1110829

Adresse :

Albretuelle

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr NAOUFAL MAMOU Spécialité : Oncologue

N° ICE : N° INPE : 091464448

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAKOUR Bouthaina

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Traitement OSOS Hormonothérapie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Caen du sein droit avec des
Hormonothérapie adjuvante

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

Acte de soins 1up par jour pendant 05 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca 10/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

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

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées