

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

M23-0018387

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9697 Société : Ram 183991

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKOUR BAICHA

Date de naissance : 20-10-1965

Adresse : Habituelle

Tél : 0662265549 Total des frais engagés : 2139,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2023

Nom et prénom du malade : CHAKOUR BAICHA 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 : CHA Signature de l'adhérent(e) : Le : 01/09/2023

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 règlement des Actes
01/09/23	C		C	

Dr. Naoufal M. BOU
 Centre International d'Oncologie et de Radiothérapie
 Casablanca
 route de l'Oasis
 Tél : 05 22 77 81 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/09/23 2139,00

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

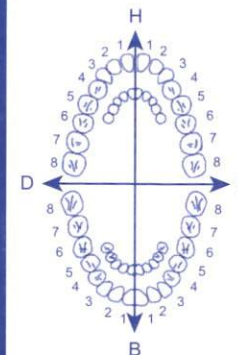
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

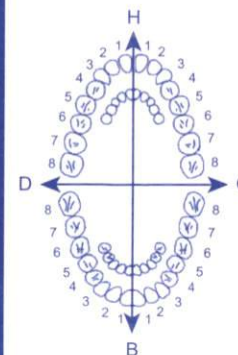
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Mme CHAKOUR BOUCHRA

713,00 x 3

LETROZOLE 2.5 MG

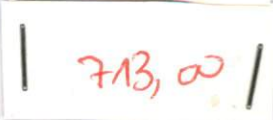
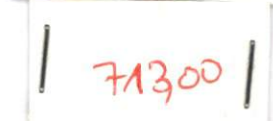
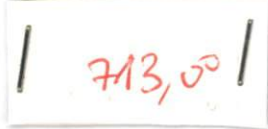


1cp par jour pendant 3 mois

2139,00

PHARMACIE DU LYCEE
CASA - SARLAU
8, bis rue de la Pension - Casablanca
Tél : 05 22 29 47 67
ICE 001689028000047

PHARMACIE DU LYCEE
092022060



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

PHARMACIE D'E.SARL.AU
MME BENNANI
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 TRENTE 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



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

CHAKOUR Bouetna

Matricule :

9697

N° CIN :

I 150829

Adresse :

Habituelle

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. NAOUFAL MAMOU

Spécialité :

Oncologie

N° ICE :

N° INPE :

091464478

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CHAKOUR Bouetna

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Traitement 05ans Hormonothérapie

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

Cancer du sein droit péjoré sous
Hormonothérapie Adjuvante

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
1 up par jour pendant 05ans

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca 05/05/23

Cachet et signature du médecin traitant :

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

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