

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4856** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHABBAR Mostafa

19/08/08

Date de naissance :

18/05/61

Adresse :

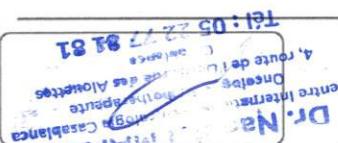
**16 RUE Mesk ellie Résidence Zahra
20200 EASA**

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **09/10/16**

Nom et prénom du malade : **BEN POUROU KARIMA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

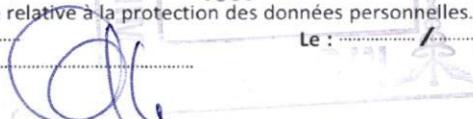
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
09-01-2014			CD 300,00	INP : 0911264700 Date de la facture : 09-01-2014 Date de l'ordre de paiement : 09-01-2014 Date de l'ordre de paiement : 09-01-2014 Dr. MEDICAL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ACH AL WOUROU e des poses A coté de d Anjour - Beira 584 30 - Casablanca 14808192 513	9/01/24	190,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre International de Radiologie de Casablanca</i> <i>Service Radiologie</i>	11/04/24	CIT 9	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

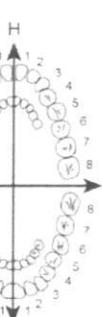
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>												
				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													
		H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412	21433552													
		00000000	00000000													
		D														
		00000000	00000000													
35533411		11433553														
B																
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			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 بالدار البيضاء

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

Casablanca, le.....

09/01/2024

Mme BENDOUROU KARIMA

123,90

1/ ROVAMYCINE



66,80 2 fois par jours

66,80

2/ VOLTAREN 50MG /2



1cp deux fois par jour

190,70



PHARMACIE AL WOUROU
67, Rue des Aloses A Coté de
Masjid Annour - Casablanca
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

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

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



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.....

09/01/2024

Facture N°: FC2401000263

Mme BENDOUROU KARIMA

Acte : Consultation

Prix : 300 Dhs

Signature

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



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

79
Casablanca, le.....

09/01/2024

MME BENDOUROU KARIMA

echographie mammaire

bilan de surveillance de neoplasie du sein gauche
sur mammo de mars 2023 ACR 3

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

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

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



AKDITAL

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

- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Échographie / Écho Doppler • Radiologie Interventionnelle
- Radiologie Standard Numérique • Mammographie / Tomosynthèse / Microbiopsie / Macrobiopsie

15/01/2024

PATIENT : BENDOUROU KARIMA

PRESCRIPTEUR: MAMOU NAOUFAL

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.

RESULTATS :

Sein droit : Absence de lésion solide ou kystique suspecte décelable.

Absence de lésion atténuante suspecte décelable.

Absence d'adénopathie axillaire.

Sein gauche: Petite formation kystique péri aréolaire externe, d'aspect simple, à paroi fine, à contenu transsonore, mesurant 7 mm diamètre maximal.

Remaniements fibro cicatriciels du quadrant inféro externe d'origine post thérapeutiques.

Absence d'adénopathie axillaire décelable.

CONCLUSION :

Sein droit : Absence d'anomalie décelable.

Sein gauche : Remaniements fibro cicatriciel d'origine post thérapeutiques

Examen classé ACR 1 à droite et ACR 2 à gauche.

DR. ZOUAOURA
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 15-01-2024

Facture N° 01856/24

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : COC24A15095817 N° Identifiant : 014136

Nom & Prénom : Mme BENDOUROU KARIMA

C.I.N : B452888

Adresse : adresse

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-01-2024

Date Sortie : 15-01-2024

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.		500,00			500,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie