

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2598 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 199991
 Nom & Prénom : Hajji Baba Fouad
 Date de naissance : 01-07-1951
 Adresse : 28 Rue 9 Juillet (ex Valneg) Franceville 2
Co 84
 Tél. : 06 66 73 11 98 Total des frais engagés : 1925,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/09/14

Nom et prénom du malade : BERKAO A. Abdellah Age : _____

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Neoplasie du Prostata

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

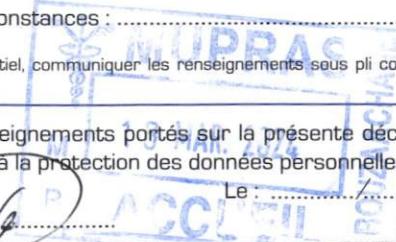
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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 : Casablanca Le : 10 Mai 2014

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/2024	62120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. It features a central vertical axis with arrows pointing upwards (labeled H) and downwards (labeled B). A horizontal axis extends to the left (labeled D) and right (labeled C). The brain surface is marked with various regions labeled A through T. Regions A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, and U are distributed across the upper and lower lobes, with some regions appearing on both sides of the central sulcus.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

29/02/2024

Mme BERRADA BADAoui NOUZHA

325,00 + 138,10 Dhs

LOVENOX 4000/0.4ML



une injection sous-cutanée par jour, 10 jours

INPE
2000 298
66
76
SOCIÉTÉ NATIONALE
ALOUETTE
Casablanca
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ 20250 - Casablanca
05 22 83 02 75 / 05 22 28 93 76

625,10

Dr. Nabiha
cure interne
Rnne b2

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00

6 118 001 080465

Lovenox®
4000 UI (40 m)
énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa Inj b2
P.P.V. : 138,10 DH

6 118 001 080472

Lovenox®
4000 UI (40 m)
énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa Inj b2
P.P.V. : 138,10 DH

6 118 001 080472



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.....

28/02/2024

MME BERRADA BADAoui NOUZHA

ponction pleurale

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
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

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

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 28-02-2024

Facture N° 07843/24

A. Identification

N° Dossier : COC24B28131730

N° Identifiant : 039716

Nom & Prénom Mme BERRADA BADAoui
NOUZHA

C.I.N : b407805

Adresse : casa

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . AARAB ADDI

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 : 28-02-2024

Date Sortie : 28-02-2024

Traitement : PONCTION PLEURALE

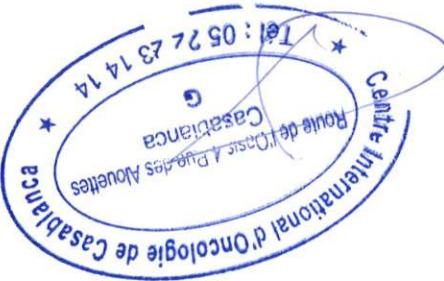
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	PONCTION PLEURALE		1 300,00			1 300,00
PARTIE CLINIQUE :						1 300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						1 300,00

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré



CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER COC24B28131730

NOM DU PATIENT Mme BERRADA BADAOUI NOUZHA

MÉDECIN TRAITANT AARAB ADDI

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 28/02/2024

DATE DE SORTIE 28/02/2024

MODE DE SORTIE normal

