

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-666598

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9697 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHA KOUR BOUCHARA

Date de naissance : 20.10.1965

Adresse : Habituelle

Tél. : 06.62.26.55.49 Total des frais engagés : 2167,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/22

Nom et prénom du malade : CHA KOUR BOUCHARA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neoplasme nasale

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 28/11/22

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
28.11.2022				Dr. Naoufal M. Bouhassoune Généraliste - Radiologue - Stomatologue Centre International d'Odontologie Casablanca Quartier Radiologie - Radiologie Route de l'Oasis Rue des Abouabbes Casablanca Tél : 05 22 77 81 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU LYCEE 8, bis rue de la Réunion Casablanca Tél : 05 22 29 47 87 INPE: 092022060 BENNANI-MKINSI Hind	28-11-2022	2167,00
PHARMACIE DU LYCEE 092022060		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

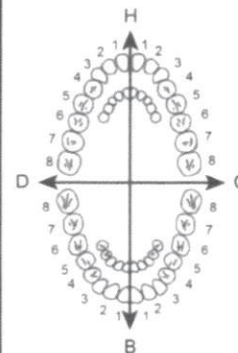
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

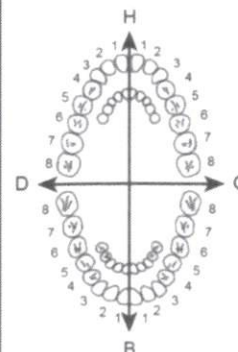
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Casablanca, le.....

28/11/2022

Mme CHAKOUR BOUCHRA

S.V

713,00 x 3

LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 3 mois

14,00 x 2

datipen

19

1's

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

2167,00

PHARMACIE DU LYCEE - CASA
8, bis rue de la Réunion
Casablanca
Tél : 05 22 29 47 67
ANPE : 092022060
BENNANI-MKINSI Hind

PHARMACIE DU LYCEE
092022060

Lot: 92456
Per: 10/2025
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6 118000 420040

Lot: 92456
Per: 10/2025
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6 118000 420040

Lot: 92456
Per: 10/2025
PPV: 713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg
30 comprimés

6 118000 420040

PHARMACIE DU LYCEE.SARL.AU
MME BENNANI HIND
8 B,RUE DE LA
REUNION.BOURGOGNE.CASABLANCA

Tél : 0522294767

03/12/2022

MME CHAKOUR BOUCHRA

FACTURE N° : 18956 du 03/12/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	DOLIPRANE COMPRIE 1000MG X 10	14,00	28,00	7%
3	LETROZOLE 2.5 X 30 COMPS	713,00	2 139,00	7%
Total TTC			2 167,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE CENT SOIXANTE SEPT DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	2 025,23	141,77	2 167,00
		2 025,23	141,77	2 167,00

PHARMACIE DU LYCEE
CASA SARL AU
N° 8 bis Rue de la Réunion - CASA
Tél : 05 22 29 47 67
ICE : 001689088000047



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Naoufel MAMOU

Spécialité : oncologue

N° ICE :

N° INPE : 09 166418

Certifie que Mlle, Mme, M. : Chakou Bouhra

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Traitement (5 ans)

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

Cancer du sein opérée, sous hormonothérapie
adjuvante

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Letrozole 2,5 mg 1cp/j (pendant 05 ans)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 03/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Naoufel MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologie Radiothérapie
Route de l'Oasis Rue des Amis Casablanca
Tél. 05 22 77 81 44

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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