

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

N° W19-534411

ND: 43930

Couleur

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOURAZIT Z. Naima

Date de naissance :

16/06/1952

Adresse :

25 Bis, Rue d'Agadir, Casab

Tél. : 0660 36 64 54

Total des frais engagés : 963,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



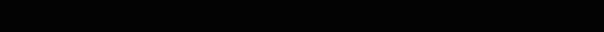
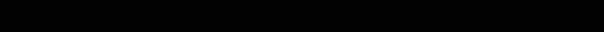
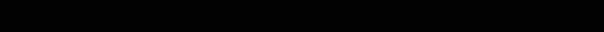
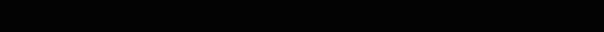
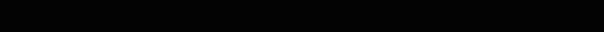
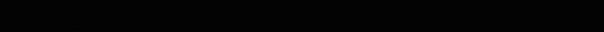
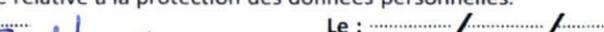
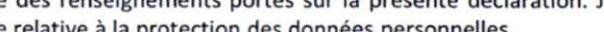
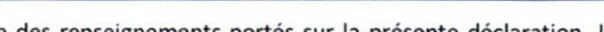
Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances



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 : Casab Le : 15 ULI. 2020

Signature de l'adhérent(e) : Cay

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
22/06/2020	c 2	2,00	200	INP DR HABIB MAMOU
				Général International d'Oncologie Casablanca Dr. Habib MAMOU Radiotherapie Oncologie 4, Route de Rabat Rue des Alouettes Casablanca Tel 05 22 77 81 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/2022	713,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

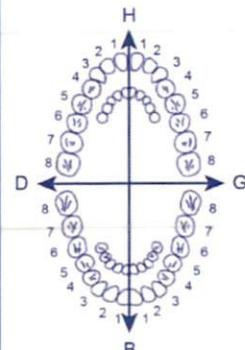
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

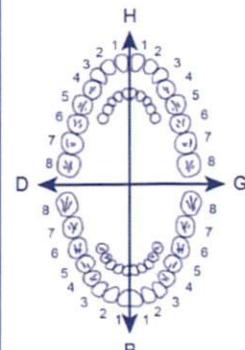


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

1

DATE DE
L'EXECUTION



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Naoufal Mamou
Oncologue-Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le : 22/06/2020

Mme NOURAZIZ NAIMA

7/13/20

LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 3 mois



11/2020 le 06/07

J

Centre International d'Oncologie et Radiothérapie
Casablanca - Maroc
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com
Site web : www.ciocasablanca.ma



4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com
Site web : www.ciocasablanca.ma

ah AKDITAL
Acteur de Santé

Létrazole GT® 2,5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

0274200
0274200
0274200
0274200
0274200

