

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

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.

Nº P19-

053486

49310

06 NOV. 2020

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933

Société : RSM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUYA EL HASSAN

Date de naissance :

01/01/1963

Adresse :

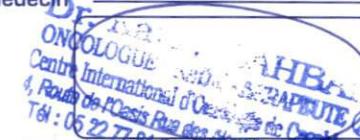
Riad Labcen Imm1 Ghos1 App209 OulRn
Cerablue

Tél. : 06 34 64 10 80

Total des frais engagés : 12300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/11/2020

Nom et prénom du malade :

BOUYA EL HASSAN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur Céphalique

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 :

Le : 30/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Bouya

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
11/11/2023	8	-	300	DR. ONCOLOGIE Centre International d'Oncologie de Casablanca Tél: 05 27 78 18 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre International d'Oncologie de Casablanca Service Radiologie	12/11/2023	N° 1618512	2 300.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth				



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Kamal LAHBABI

Oncologue-Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le : 11/11/2020

Mme ROUSSI Mina

TDM abdomino-pelvienne
avec injection de produit de contraste

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE (2)
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 77 81 82

Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 23 14 14 *

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

AKDITAL
Acteur de Santé

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 12-11-2020

Facture N° 16185/20

A. Identification

N° Dossier : COC20K12100607

N° Identifiant : 011592

Nom & Prénom : Mme ROUSSI MINA

C.I.N : BE

Adresse : adresse

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 12-11-2020

Date Sortie : 12-11-2020

Médecin traitant : DR . LAHBABI KAMAL

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	TDM ABDOMINO-PELVIAN		2 300,00			2 300,00
					Total Rubrique :	2 300,00
	PARTIE CLINIQUE :					2 300,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					0,00
	Arrêté la présente facture à la somme de : DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS				TOTAL GENERAL	2 300,00

Cachet et Signature

Centre International d'Oncologie
Casablanca
Service Radiologie