

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

ctions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9933* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Bouya EL HASSAN*

Date de naissance : *01.01.1963*

Adresse : *Roaa Lahcen. IMMO1 GRD1 APP.09. 001A*

Tél. : *06.34.61.10.80* Total des frais engagés : *512,20,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin. *Dr. KARIM LAHBA*

ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 78 81 81 - Fax : 05 22 78 81 82

Cachet du médecin :

Date de consultation : *28/11/2020*

Nom et prénom du malade : *Rouini Rana*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : *55*

04 DEC 2020

Nature de la maladie : *ADIC colique*

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 : *RAM*

Le : *28/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Bouya*

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/01/2020	S.		C.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/17	512,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IXOR® 20 mg

28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 08/2022
LOT 08039 2

Casablanca, le :

222,00 Rouissi NINA

1) Augmentin 500 mg AS

149,50 Isdut 500 mg AS

2) Spectrum 500 mg AS

22,20

3) Codoxal 500 mg AS

149,50 149,50 AS

4) IXOR 149,50 mg AS 28 Y

572,20

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

PPU: 222,00 DH
LOT: 644844
PER: 12/21

LOT 200285
EXP 03/2023
PPV 149.50DH

221,20 PPV 220DH20
PER 09/22
LOT J2438



LE DAISSIER
Ment Haj Tahar 5
Casablanca
1-11-06-79

ANBA
JEUNE &
Casablanca
G. G.

DOSSIER
ONCOLOGIE
Centre International
de l'Oncologie
Casablanca

AKDITAL
Acteur de Santé