

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

- Reclamation : 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.

M22- 0013840

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **747**

Actif

Pensionné(e)

Société :

RAM

Autres

196455

Nom & Prénom :

Mikou Abdessalam

Date de naissance :

8 MAI 1945

Adresse :

Rue KAOUTAR AV. IBN ATHIR

FES V.H

Tél. : **0663.045835** Total des frais engagés : **8.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL MAZGHI ABDERRAHMAN
RADIOTHERAPEUTE
Centre International d'Oncologie de Fès
Tél. 05 35 72 49 49 - Fax 05 35 73 67 75

Date de consultation : **05/12/2023**

Nom et prénom du malade :

Mikou Abdessalam

Age : **78 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur de la prostate

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 : **FES**

Le : **26/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
05/12/23	CS	G		DR EL MAZGHIA APPARELLEME CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE Tél. 05 35 72 49 49 Fax 05 35 73 67 75 INPE 14173112

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	FES Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 se: Lotiss. Souira Route d'Inezza 73 05 35 72 49 Tel: Fax 05 35 73 67 75 mail: direction@oncologie-fes.ma INPE: 030 065320	11/12/23	TDM Dog's	800,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie de Fès
المركز الدولي لعلاج الأورام لفاس

Fès, le.....

05 DEC 2023

Mr Mikon Abdessmadi

Scanner Dosimetry

(proth +
oligo 1 (+)
os)

د. المازغي عبد الرحيم
Dr. EL MAZGHI Si Abderrahman
Professeur Agrégé
Cancérologie - Radiothérapie
INPE 14112112

Soluna II route immouzer, en face Pharmacie El Kadiri, Fès
Tél. : 05 35 72 49 49 - Fax : 05 35 73 67 75
E-mail : direction@oncologie-fes.ma
Site web : www.oncologie-fes.ma

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE FES



030065320

FES Le : 11-12-2023

Facture N° 03525/23

A. Identification

N° Dossier : COF23L11134613 N° Identifiant : 008632/23

Nom & Prénom : M. MIKOU ABDESSAMAD

C.I.N : C801942

Adresse : FES

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 : 11-12-2023

Date Sortie : 11-12-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . EL MAZGHI SI ABDERRAHMAN

Traitements : TDM DOSIMETRIQUE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM DOSIMETRIQUE		800,00			800,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
800,00						
0,00						

HUIT CENTS DIRHAMS

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

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		800,00 Dh	0,00 Dh

Centre International d'Oncologie FES
Adresse : Lotiss. Soluna 2 route d'Imouzer - FES
Tél. : 05 35 72 49 49 Fax : 05 35 73 67 75
E-mail : direction@oncologie-fes.ma
INP : 030065320

FES LE 11/12/2023

COMPTE RENDU DU SCANNER

Mr MIKO ABDESSAMAD âgé de 78ans, suivi pour une tumeur de la prostate nécessitant une radiothérapie.

Un scanner dosimétrique est réalisé pour la préparation du traitement.

PR.EL MAZGHI

Dr EL MAZGHI ABDERRAHMAN
RADIOONCOAPEUTE
Centre International d'Oncologie de Fès
Tél. 05 35 72 49 49 Fax 05 35 73 67 75
INPE : 141173112