

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 :

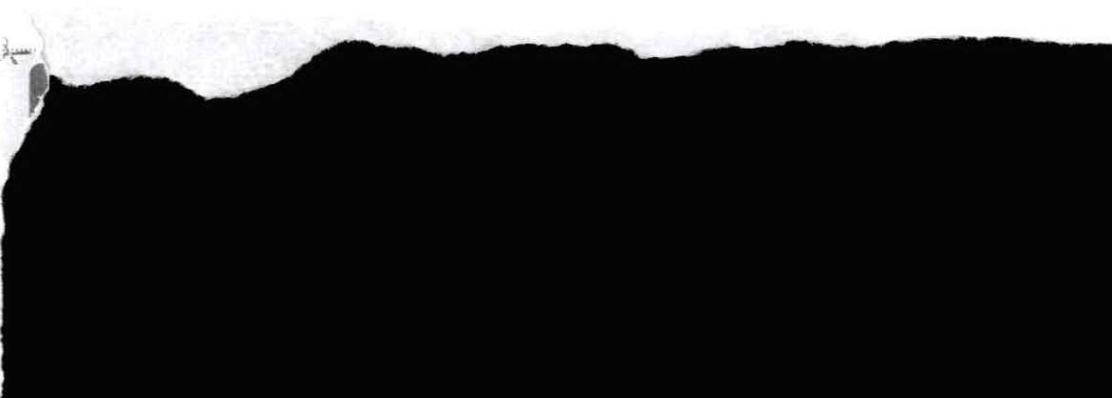
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 5641 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HASSINE NOUREDDINE | | | |
| Date de naissance : 14.10.71 1969 | | | |
| Adresse : 159 lotissement Amine Sidi Abdellah Casablanca | | | |
| Tél. : 06 359 272 42 Total des frais engagés : Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  Dr. Naoufal MAMOUDI Centre International d'Oncoologie Casablanca Route de l'ESS, Rue des Abouelsaada Casablanca - Tel: 05 22 77 81 81 | | | |
| Date de consultation : 22 JAN. 2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : HASSINE NOUREDDINE Ep Hassine Age: 55 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Neoplasie mammaire | | | |
| 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 : CASA Le : 22 JAN. 2020 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : | | | |



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin et certificat de Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/01/20 | | | gadjet |   |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Centre International d'Oncologie de Casablanca Service Radiologie</i> | 13/05/2012 | F.N° 0047120 | 500,00 DH |
| | 13/05/2012 | F.N° 00472120 | 200,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Dr Naoufal Mamou
Oncologue-Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le :

11/01/2020

MME EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

radio thorax
Echographie abdominale

bilan d'extension de néoplasie mammaire

Dr. Naoufal MAMOU
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE
Centre International d'Oncologie de Casablanca
Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

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



- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
- Echographie • Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

090065058

CASABLANCA Le : 13-01-2020

Facture N° 00472/20

A. Identification

N° Dossier : COC20A13145727 N° Identifiant : 006340/19

Nom & Mme EL MESSOUDI EP.

Prénom : HASSINE AMINA

C.I.N : L149743

Adresse : LOT AMINE NR 199 SIDI MAAROUF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-01-2020

Date Sortie : 13-01-2020

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitements : Rx Thorax Face

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---------------------------------------------------------------|----------------|-------------|---------|----------------------|------|--------|
| RADIOLOGIE | | | | | | |
| 1 | THORAX DE FACE | | 200,00 | | | 200,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS | | | | TOTAL GENERAL | | 200,00 |

Cachet et Signature

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Adresse : 4, route de l'Oasis rue des Alouettes - Casablanca Tél. : 05 22 77 81 81 Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : direction@ciocasablanca.ma - Tél. : 20692486 - ICE : 001792665000075 - INPE : 090063058

Tél. : 0522 77 81 81 / Fax : 0522 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

- Scanner Multiparamétrique • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
- Echographie • Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

030065058

CASABLANCA Le : 13-01-2020

Facture N° 00471/20

A. Identification

N° Dossier : COC20A13145812 N° Identifiant : 006340/19

Nom & Mme EL MESSOUDI EP.

Prénom : HASSINE AMINA

C.I.N : L149743

Adresse : LOT AMINE NR 199 SIDI MAAROUF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-01-2020

Date Sortie : 13-01-2020

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitemen ECHOGRAPHIE
: ABDOMINALE

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|---------|---------------|------------------|--------|
| RADIOLOGIE | | | | | | |
| 1 | ECHOGRAPHIE ABDOMINALE | | 500,00 | | | 500,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | Total Rubrique : | 500,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 |
| Arrêté la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS | | | | TOTAL GENERAL | | 500,00 |

Cachet et Signature

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
Angiographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

13/01/2020

PATIENT : EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

PRESCRIPTEUR: DR MAMOU NAOUFAL

RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE

RESULTATS :

Transparence normale des champs pulmonaires.

Absence d'anomalie pleurale.

Aspect normal de la silhouette cardio-médiastinale.

CONCLUSION :

Radiographie normale

Merci de votre confiance.

Dr EL KHOU K.
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
échographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

13/01/2020

PATIENT : EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

PRESCRIPTEUR: DR MAMOU NAOUFAL

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale.
Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Tronc porte et voie biliaire principale perméable de calibre normal.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont d'aspect échographique normal.

Absence d'adénopathies profondes de taille significative.

Absence d'épanchement péritonéal.

Vessie de bonne capacité à parois fines et régulières sans anomalie pariétale ni endoluminale.

Utérus de taille normale siège de deux myomes corporéaux antérieurs, hypoéchogènes de contours réguliers, mesurant 10 et 9 mm de diamètre.

Absence de masse latéro-utérine.

CONCLUSION :

Échographie abdominopelvienne ne révélant pas de lésion suspecte.

Aspect de myomes utérins.

Merci de votre confiance.

Dr EL KHOU K.

*Centre International d'Onco
Centre d'Imagerie Médicale
Casablanca
Radiologie*