

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0024489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : 168086

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDAHAR SAMIRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EDDAHAR SAMIRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cytonose 420

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
15/06/2023		C.S.	G.	
15/06/2023				
15/06/2023	V.F.N. 18433/23		2200,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

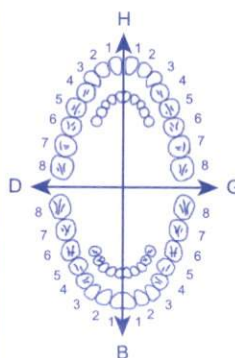
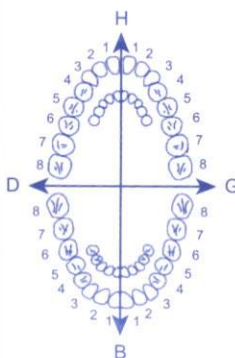
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripite Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية ننسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca 15.6.2013

M EDDAHAR Samir

Hospital Jean Alkha
Said JJ
Cyphonop
Velo

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé)
Qr Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	COC23F15071459
NOM DU PATIENT	Mme EDDAHAR SAMIRA
MÉDECIN TRAITANT	ZEMRAG JAFAR
PRISE EN CHARGE	PAYANT MUPRAS
DATE D'ENTREE	15/06/2023
DATE DE SORTIE	15/06/2023
MODE DE SORTIE	normal

SERVICE FACTURATION
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Amandiers - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : RAHHALI HANAE NOM DU PATIENT : Mme EDDAHAR SAMIRA DATE DE NAISSANCE : 18/05/1959 COC23F15071459	
	
Reçu N°: 138110	
Palement du 15/06/2023 12h33	
Montant	2 200,00 Dh
Numéro de compte	1292
Nom de propriétaire	RAHHALI HANAE
Type de paiement	TPE

Imprimé par : FATIMA MOUGHNNI Le 15/06/2023 12h38

SERVICE FAC RATION
Centre International d'Onco... de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



CASABLANCA Le : 15-06-2023

Facture N° 18733/23

A. Identification

N° Dossier : COC23F15071459 N° Identifiant : 029885
Nom & Prénom : Mme EDDAHAR SAMIRA
C.I.N : B372331
Adresse : adresse

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 : 15-06-2023

Date Sortie : 15-06-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ZEMRAG JAFAR

Traitement : ABLATION DE SONDE JJ

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	ABLATION DE SONDE DOUBLE		2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :						2 200,00
PARTIE CLINIQUE :						2 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 2 200,00

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

<i>NOM : EDDAHAR</i>	<i>Opérateur : Dr J. ZEMRAG</i>
<i>Prénom : SAMIRA</i>	<i>Aides :</i>
<i>Date de naissance : 18/05/1959</i>	<i>Anesthésiste : Dr HADDANI</i>
<i>N° de dossier :</i>	<i>Méd. Traitant : Dr</i>
<i>Date d'intervention : 15/06/2023</i>	<i>K 20</i>

COMPTE RENDU OPERATOIRE CLINIQUE CIOC

TYPE : URETHROCYSTOSCOPIE POUR ABLATION SONDE JJ

INDICATION : Ablation d'une sonde JJ

REALISATION :
ANESTHESIE :

AL

APPAREIL

Storz

URETHROCYSTOSCOPIE :
Urèthre :

Normal

Vessie :

Muqueuse normale, méats urétéraux en place. Ablation de la sonde JJ à la pince à corps étranger.

Orifice urétéral droit :

Normal

Orifice urétéral gauche :

Normal

Biopsie :

Non

Anatomo-pathologie :

Non

CONCLUSION : Cystoscopie normale. Ablation d'une sonde JJ.

Durée : 5 mn
Transfusion : /
Antibiotique : /

Saignement : /
N° de flacon : /
Anatomo-pathologie : Non

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallié)
Gr Gauthier - Casablanca
Tél. 05 22 26 70 98 / 26 72 24