

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9542 Société : R.A.M.

Actif Pensionné Autre :

Nom & Prénom : El Msiyya Khairi

Date de naissance : 08-03-1969.

Adresse :

Tél. : 06.61.59.69.29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGIE
32, R. Taha Hocine (Ex Galilee)
Qd Gauthier - Casablanca
Tel: 0522 26 70 98 / 26 72 24

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Biopsie de 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

03 FEV 2023

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
21/6/123	C.S		G	DOCTEUR JEAN PAUL CHIRURGIN EN CHIRURGIE TOUTE HOSPI
21/6/123	V.F N° 2113123		4000,-	2672 242 Centre hospitalier de la Côte d'Or Signature : Dr Jean Paul Chirurgien en Chirurgie Date : 21/6/2023 Signature : Dr Jean Paul Chirurgien en Chirurgie Date : 21/6/2023

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

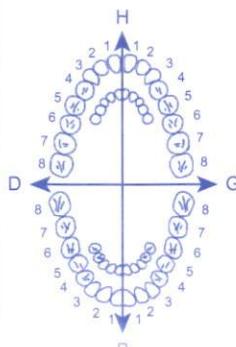
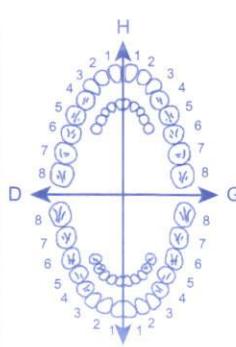
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	TM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM : ELMSIYAH	Opérateur : Dr J.ZEMRAG
Prénom KHALID	Aides :
Date de naissance : 08/03/1969	Anesthésiste : HADDANI
N° de dossier :	Méd. Traitant : Dr
Date d'intervention : 21/01/2023	K30

COMPTE RENDU OPERATOIRE CLINIQUE CIOC

TYPE :

**ECHOGRAPHIE TRANS-RECTALE +BIOPSIES
TRANSPERINEALES PROSTATIQUES AVEC FUSION
D'IMAGES ECHO/IRM**

INDICATION :

PSA ELEVES + LESION SUSPECTE A L'IRM

REALISATION :

ANESTHESIE : NLA

ECHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRES :

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------|
| ➤ Volume prostatique : | 35.2 CC | |
| ➤ Vessie : | ➤ Echostructure : | Homogène |
| | ➤ Capsule :- | |
| | ➤ Vésicules Séminales : | RAS |
| | | RAS |

BIOPSIES GUIDEES Systématiques : 5 Ciblées et 3 par lobe

CONCLUSION :

**BIOPSIES PROSTATIQUES TRANSPERINEALES POUR PSA
ELEVES ET IRM SUSPECTE**

Durée : 30 mn
Transfusion : /
Antibiotique : Ciproxine

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

Docteur JAFAR ZEMRAG
CHU
52, Avenue Houssine (Ex-Gaïd)
Dr Gauthier - Casablanca
Tel: 0522 29 79 98 / 36 72 22

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 21-01-2023

Facture N° 02113/23

A. Identification

N° Dossier : COC23A21072958

N° Identifiant : 035447

Nom & Prénom : M. EL MSIYAH KHALID

C.I.N : BE483074

Adresse : adresse

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui-même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ZEMRAG JAFAR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	BIOPSIE DE PROSTATE		4 000,00			4 000,00
						Total Rubrique :
						4 000,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						4 000,00

QUATRE MILLE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

The image shows a signature of the insured in black ink, followed by a blue stamp. The stamp contains the text 'Docteur Jean ZEMRAG' in a bold, red, sans-serif font. Below this, in a smaller, red, sans-serif font, is 'CHIRURG' and 'UROLOGUE'. At the bottom of the stamp, the address '32 R. de Taine Houssineau - Corbiac' and the phone number 'Tél. 9322 20 70 99 / 28 72 24' are printed. The stamp is partially obscured by a large, blue, handwritten-style signature that reads 'Docteur Jean ZEMRAG'.

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 21-01-2023

Facture N° 02113/23

A. Identification

N° Dossier : COC23A21072958

N° Identifiant : 035447

Nom & Prénom : M. EL MSIYAH KHALID

C.I.N : BE483074

Adresse : adresse

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ZEMRAG JAFAR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	BIOPSIE DE PROSTATE		4 000,00			4 000,00
					Total Rubrique :	4 000,00
						4 000,00
						0,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

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 : 21-01-2023

Date Sortie : 21-01-2023

Traitements : CHIRURGIE

signature de l'assuré

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGE UROLOGUE
32 a. Tel: 0522 347087 / 0522 347088
Dr. Jafar ZEMRAG
Urologue
32 ans
Télé: 0522 347087 / 0522 347088

+ CQ
+ CACHÉ

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER COC23A21072958

NOM DU PATIENT M. EL MSIYAH KHALID

MÉDECIN TRAITANT ZEMRAG JAFAR

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 21/01/2023

DATE DE SORTIE 21/01/2023

MODE DE SORTIE normal

Dr. Zemrag Jafar
Chirurgien oncologue
32a, 1er étage, 1000
Dr. Zemrag Jafar - Casablanca
tel. 0522 26 70 90 / 06 72 24

21/01/2023 12:18

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : EL MSIYAH
KHALID

NOM DU PATIENT : M. EL MSIYAH
KHALID

DATE DE NAISSANCE : 08/03/1969
COC23A21072958



Reçu N°: 119686

Paiement du 21/01/2023

Montant	4 000,00 Dh
---------	-------------

Type de paiement	Chèque
------------------	--------

Numéro du chèque :	1901815
--------------------	---------

Montant du chèque :	4 000,00 Dh
---------------------	-------------

Banque :	BMCI
----------	------