

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.

N° W19-533163

SEFFAR
88539

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01766	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid			
Date de naissance : 27.04.1953			
Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca			
Tél. : 0661639379	Total des frais engagés : , Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
VOIR MEDECIN SUR FEUILLE DE SOIN FRANCAISE			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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) :

Le : 07.10.2021



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
10/12/2011	SEANCE DE SOIN	1	100	INP : 1111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DERIVEE A LA BOUTIKA</i> Docteur AUBAULT Rue 23 N° 63 Et 1210 03	12/10/12	2115,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	ANNO 2021	6.280,- N	600,00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

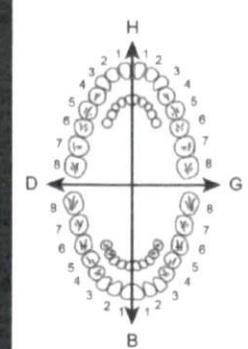
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 04/02/21

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom SEFFAR Rachid Nohammed Rachid

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance 27/04/1953

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

CONVENTIONNÉE

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement
cachet de cet établissementmédecin salarié
n° d'identification

spécialité

39 RUE CAMILLE DESMOULINS

94800 VILLEJUIF

=> 94 0160013 001111

TPR CONU. Z.ISB IK SPEC

n° FINESS

entente préalable du

J J M M A A A A

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

 MALADIE exonération du ticket modérateur : non oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention personne visée à l'art. L. 115 autre accident causé par un tiers : non oui date J J M M A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A AT/MP numéro ou date J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

ACTES EFFECTUÉS (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
							I.D.	M.D.	nbre	I.K.
04/02/2021	GLQE001									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

114 Rue Edouard Vaillant

94805 VILLEJUIF CEDEX

Finess : 940160013

Caisse : 102

Caissier : DMAGASSA

RECU DE PAIEMENT N° 21/13697

Montant reçu : 35,00€

Mode de règlement : CHEQUES EN DIRECT

Le : 04/10/2021

De SEFFAR Mohammed
QUARTIER CALIFORNIE 5
20150 CASABLANCA

Pour le compte de SEFFAR Mohammed

IPP 202003779

N° SS :

Le 04/10/2021

Le caissier



CONDITIONS GÉNÉRALES DE RÈGLEMENTS FACTURES ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Hospitalisation, soins externes, forfait journalier, chambre particulière et téléphone, examens de laboratoire.

1- Prix et tarifs

Les actes, séjours et prestations sont facturés aux tarifs de Gustave Roussy en vigueur au jour de l'admission ou de la consultation.

2- Echéance et modalités de règlement

Sauf stipulation contraire, les factures sont payables à réception de facture selon les modalités suivantes :

- Tout paiement doit être libellé dans l'unité monétaire en vigueur en France à la date de règlement. Les frais de change ou de commissions bancaires sont à la charge du débiteur.

- Par **chèque bancaire** à l'ordre de GUSTAVE ROUSSY

Service Trésorerie

- Par **virement postal** GUSTAVE ROUSSY

LA BANQUE POSTALE

CENTRE FINANCIER DE PARIS

COMPTE : 20041 00001 0070926Z020 44

IBAN : FR15 20041 00001 0070926Z020 44

BIC : PSSTFRPPPAP

- Par **carte bancaire** Au rez de chaussée du Hall Principal (SRMA)

- Par **internet** <https://www.gustaveroussy.fr/fr/paiement-en-ligne-0>

I-3- Contentieux et Poursuites :

En application des dispositions légales, toute somme non payée à l'échéance indiquée est susceptible de produire une pénalité calculée sur la base du taux d'intérêt légal multiplié par trois, par application à l'intégralité des sommes restant dues. En outre, le client sera redevable de l'indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement dont le montant est de 40€. Il est précisé que cette indemnité forfaitaire n'est pas limitative du montant des autres frais qui pourraient être engagés par Gustave Roussy aux fins de recouvrement de ses factures.

En l'absence de paiement à l'échéance indiquée, 2 relances successives par lettre simple sont adressées. Dans le cas où ces relances resteraient sans effet, une mise en demeure par Lettre Recommandée avec accusé de Réception est établie.

Si la créance n'est pas éteinte au terme de cette mise en demeure, Gustave Roussy se réserve le droit de saisir sa Compagnie de Contentieux aux fins de recouvrement des sommes dues, majorées des frais de procédure.

Pour toute question sur l'établissement de cette facture, merci d'adresser votre réclamation par courrier ou par mail à l'adresse suivante : reclamation.facturation@gustaveroussy.fr

**Pour toute question concernant le règlement, veuillez vous adresser au Service Trésorerie :
service.tresorerie@gustaveroussy.fr**

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

KOCANE Niedas

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Gustave Roussy

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

SEFFAR Rachid

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

4.6.21

Neci de réaliser le dosage
de la TSH après radiothérapie oropharyngé

LABORATOIRE ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

Docteur Ingrid BREUSKIN
Chef de Comité

Comité ORL

Gustave Roussy

114, rue Edouard Vaillant

94805 Villejuif Cedex

01 42 11 59 01

N° RPPS 10100160398

Etb N° 94 0160013

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)



مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biogiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biogiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Casablanca le 11 octobre 2021

Monsieur SEFFAR MOHAMMED RACHID

FACTURE N°	153230
------------	--------

Analyses :		
Urée -----	B	30
Thyrostimuline (TSH us) -----	B	250
Total : B 280		
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		400,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cents Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

DMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

KOGANÉ Nicolas

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Gustave Roussy

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))

SEFFAR Rachid

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)Requête de réalisation une TDM cervicothoracique
sans échavec injectionContexte à ~~évaluer~~ de prise en charge
d'un carcinome oropharyngé droit par chirurgie,
radiochimiothérapie et reconstruction par
lambeau l'île antébrachial de cruisse GRADIOLOGIE Abou Madi
1 Rue Iya Abou Madi - Casablanca
3458
27, Rue 3 Gauthier - 92220
App. N° 3 34 57 10522 09
Tél: 0522 20 34 57 1057 21Docteur Ingrid BREUSKIN
Chef de Comité ORL
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Gustave Roussy

114, rue Edouard Vaillant

94805 Villejuif Cedex

01 42 11 59 01

N° RPPS 10100160398

Etb N° 94 0160013



Casablanca le 12/10/2021

PATIENT : SEFFAR MOHAMED RACHID
MEDECIN TRAITANT : PR. CHELLY HASSAN
EXAMEN(S) REALISE(S) : SCANNER CERVICO-THORACIQUE H.

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

TECHNIQUE

Examen tomodensitométrique réalisé en acquisition volumique multi barette avec injection du produit de contraste
Reconstruction en coupes axiales et coronales.

RESULTAT

A l'étage cervical

La loge opératoire apparaît libre comblée par du tissu graisseux sans processus tissulaire visible.
Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
Les axes jugulo-carotidiens sont libres.

A l'étage thoracique

Absence d'anomalie parenchymateuse notamment pas de nodule suspect.
Absence d'anomalie pleuro-pariétale.
Absence d'adénopathie médiastinale.
Les axes vasculo-bronchiques proximaux sont libres.
Noter l'existence de quelques lésions séquellaires de dilatation de bronches au niveau du lobe moyen sans caractère suspect.

AU TOTAL

Bilan scanographique cervico-thoracique ne montrant pas d'anomalie d'allure suspecte.

Confraternellement
DR BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 0910102842
RADIOLOGIE ABOUMADI
27, Rue Ilya Abou Madi - Casablanca
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 17 10 19
Fax: 0522 20 34 58

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle



CASABLANCA

12/10/2011

DR. AKIKI Mustapha

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex. Enseignant à la Faculté de
Médecine

DR. BERRADA M. AZ El-Arab

Spécialiste en Radiologie

Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. BENKIRANE Hakima

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy.

Ex attachée au CHU Ibnou Rochd

SOFFAR DIAHABD
RA-CHID

9

Ultravist 300 mg/ml
100 ml de sol inj lopromide
P.P.V. : 415,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090495

ULTRAVIST 300 FLACON DE 100 CC

415,00 DH

PHARMACIE DERB EL KHEIR
Docteur Adil ABOUTIKA
Rue 23 N° 63 - F. 67
Derb El Khair A. dock
Casablanca - Tél. : 05 21 30 23

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilyya Abou Madi
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09

- IRM Haut champ (1 Tesla)
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle