

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-690502



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

TAOUZER MOHAMED

Date de naissance : 24-02-1942

Adresse : TAMARIS ANFA 1 VILLE 133 DAR BOU ARA

Tél. 06 51 91 82 48 Total des frais engagés

2200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/05/2022

Nom et prénom du malade : TAOUZER MOHAMED

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ABLATION DES NOEUDS PALBRE

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/05/2022

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

DENTISTE : *Docteur Jérôme ZERMAG*  
 Cachet et signature du Médecin  
 attestant le Paiement des Actes  
 INP : 72 20 20 98 / 26 72 24

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
181-5122	C.S.	G	5
181-5122	V.F.N	22 c.c. ca	22

SOCIETE D'EDUCATION  
 Centre International de Casablanca  
 Route de l'Oasis - Casablanca  
 Tél. : 05 22 55 55 74

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

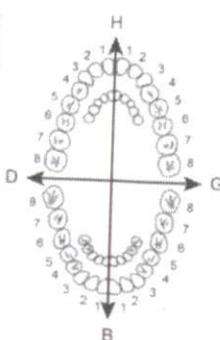
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

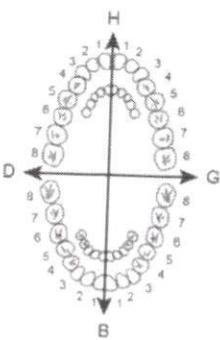
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOM : TAOUZER	Opérateur : Dr J. ZEMRAG
Prénom : MOHAMED	Aides :
Date de naissance : 27/02/1942	Anesthésiste : Dr HADDANI
N° de dossier :	Méd. Traitant : Dr
Date d'intervention : 18/05/2022	K 20

**COMPTE RENDU OPERATOIRE  
CLINIQUE CIOC**

TYPE :

URETHROCYSTOSCOPIE

INDICATION :

Ablation d'une sonde JJ

REALISATION :

ANESTHESIE : AL

APPAREIL Storz

URETHROCYSTOSCOPIE :

Urètre : Normal

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

Orifice urétral droit : Normal

Orifice urétral 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 Jaffer ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
32, Rue Tahar Housine (ex. Gallié)  
Tél : 05 22 26 09 98 / 05 26 72 24  
Dr Gauthier - Chablonica  
Anatomo-pathologie

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 18-05-2022

page 1/1

## Facture N° 13231/22

### A. Identification

N° Dossier : COC22E18081017

N° Identifiant : 016877

**Nom & Prénom : M. TAOUZER MOHAMED**

C.I.N : B109718

Adresse : adresse

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : TAOUZER MOHAMED

Médecin traitant : DR . ZEMRAG JAFAR

### C. Débiteur

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-05-2022

Date Sortie : 18-05-2022

Traitements : CHIRURGIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	ABLATION DE SONDE DOUBLE		2 200,00			2 200,00
<b>TOTAL RUBRIQUE :</b>						
<b>0,00</b>						

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

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**

Centre International d'Oncologie  
4, Route de l'Oasis - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma - IF : 25288434 - ICE : 001996678000063 - CNSS : 1130764 - INPE : 090063058  
PATENTE : 34795375 - RC : 411395  
BANQUE CIH RIB : 230780249925522100950045

**CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** COC22E18081017**NOM DU PATIENT** M. TAOUZER MOHAMED**MÉDECIN TRAITANT** ZEMRAG JAFAR**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 18/05/2022**DATE DE SORTIE** 18/05/2022**MODE DE SORTIE** normal