

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-690502

116413

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZER MOHAMMED

Date de naissance : 24-02-1942

Adresse : TAMARIS ANFA 1 Ville 138

0651918249

Tél. : 0651918249 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 MOHAMMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ABLATION DES NOEUX

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

Le : 18-05-2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



# 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 Paiement des Actes
18.12.22	CS	6	6	
18.12.22	V.F.N° 1323	1122	22	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  
 INF : 05.22.20.987.26.72.24

SERVICE  
 Centre International  
 1 Route de l'Oasis - Casablanca - Maroc  
 Tél : 05.22.20.987.26.72.24

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

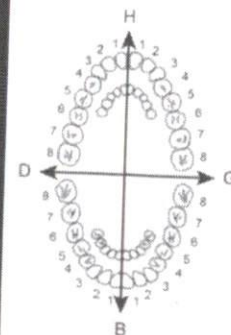
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

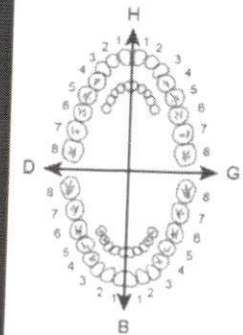
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
25533412	21433552
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 :

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 Houache (ex. Gallie)  
Or Gauthier, Casablanca  
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

## CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 18-05-2022

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

**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 : 18-05-2022

Date Sortie : 18-05-2022

Médecin traitant : DR. ZEMRAG JAFAR

Traitement : CHIRURGIE

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

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Signature de l'assuré  
Centre International d'OncoLogie - 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

**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

