

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.

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- 0017280

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASRI Nohannes

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : 22A Rue Tamer cité de l'air Nouasseur

Tél. : 0661106715 Total des frais engagés : 1338,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/11/2022

Nom et prénom du malade : KASRI Nohannes

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

Nature de la maladie : Cystoscoliose

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 : Casablanca Le : 19/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
12/12/21	C.S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN M'SIK 101 Khadja Gsm 05 22 53 20 58	19/12/21	326,50 Dir

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
N.B. Demande de prise en charge pour une URETHROCYSTOSCOPIE K30 à 22000 mais dans la dernière fois prise en charge accordée pour 18000 sur la base de 1100 au lieu de 22000. Merci régulariser cette situation car j'ai payé le coût.			

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 :

Veillez 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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Centre d'Urologie

M. KASRI MOHAMMED

Né le : 01/01/1950



COC22J19075159

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV: 60DH40
EXP: 01/2025
LOT: 10026 4

LOT: 05822022
PER: 09/2025
PPV: 74.80 DH

LOT: 05822023
PER: 19/2025
PPV: 74.80 DH

LOT: 05822022
PER: 19/2025
PPV: 74.80 DH

PPV: 14DH00

PER: 07/25

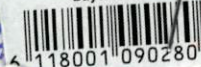
LOT: L2432

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



118001 090280

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
Gsm : 05 22 53 20 59

Dr. TOUTOUSS TIBARI
Centre International d'Oncologie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
Gsm : 05 22 53 20 59

4, route de Noasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

CHIRURGIE UROLOGIQUE
Centre international d'oncologie Casablanca

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

<i>NOM : KASRI</i>	<i>Opérateur : Dr Tibari</i>
<i>Prénom : Mohamed</i>	<i>Aides :</i>
<i>Date de naissance : 01/01/1950</i>	<i>Anesthésiste : Dr</i>
<i>N° de dossier :</i>	<i>Méd. Traitant : Dr</i>
<i>Date d'intervention : 19/10/2022</i>	<i>K 30</i>

TYPE :

Urethrocystoscopie diagnostic

INDICATION :

patient sous xarelto pour une arythmie cardiaque présentant des hématuries macroscopiques récidivantes, avec des signes du bas appareil urinaire.

REALISATION :

ANESTHESIE :

sédation

TECHNIQUE :

Uréthrocystoscopie :

Urètre prostatique: deux joues prostatiques jointives avec muqueuse inflammatoire saignant au contact.

Vessie: les deux méats sont repérés et normaux avec émission des urines limpides

Le balayage des différentes parois vésicales ne retrouve pas de lésion tumorale.

Vidange vésicale et retrait du matériel.

CONCLUSION :

Urétrécystoscopie: muqueuse prostatique inflammatoire

Durée :

Transfusion :

Antibiotique :

PMSI diagnostic :

Saignement :

N° de flacon :

Anatomo-pathologie :

PMSI traitement :

Dr. YOUNES TIBARI
Chirurgien Urologue
127 Bd Abdelmoumen N° 19-577
111 00227 35 95 - Gsm: 0633 33 33 33
L.P.E. 091169722

Le 13 octobre 2022

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA
4 ROUTE DE L'OASIS RUE DES ALOUETTES
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001377_1950-07-01_MOHAMMED
N/REF : 20222860017882
Adhérent : KASRI MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED KASRI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 1188.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 132.00 MAD

Validité de prise en charge : du 13-10-2022 au 13-01-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MOHAMMED KASRI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.

Toute facture doit être accompagnée :

- ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



19/10/2022 13:22

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : KASRI
MOHAMMED
NOM DU PATIENT : M. KASRI MOHAMMED
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1950
COC22J19075159**



Reçu N°: 108185

Paiement du 19/10/2022 13h18

Montant	1 012,00 Dh
Numéro de compte	1421
Nom de propriétaire	KASRI MOHAMMED
Type de paiement	TPE

Imprimé par : MCOUSSAID SANAA Le 19/10/2022 13h18

**CENTRE
MONETIQUE
INTERBANCAIRE**

ACHAT

19/10/2022 13:15:51

9900786261

97862602

CENTRE INTER D ONCOLOGIE
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

MR OU MME KASRI /MOHA.MR

*****1421

03/25 CARTE NATIONALE

6E30BDCF6EABC99F

220-0-9999-1-44

MONTANT: 1012.00 MAD

NUM TRANSACTION : 027

NUM AUTORISATION: 0Y2281

STAN : 005250

DEBIT

Le CHI vous remercie

TICKET A CONSERVER

Copie Client

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

DEVIS N° 0000023/22

CASABLANCA Le : 12-10-2022

Identification

Nom & Prénom : KASRI MOHAMMED
C.I.N. : B524737

Organisme : MUPRAS

Diagnostic :

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
K30		1	2200			2 200,00
Sous Total						2 200,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						2 200,00
Arrêtée le présente Devis à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS						TOTAL GENERAL 2 200,00

NB:

SERVICE
Centre International d'Onco-
logie de Casablanca
Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74