

# 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.

198535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	0401	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : NORREDINE Said				
Date de naissance : 04-01-1844				
Adresse : 3 Rue Abou Abar EL Rokbi France ville casa.				
Tél. :	0683.13.88.48	Total des frais engagés :	995,60	Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Dr. NORREDINE Said                      CHIRURGIEN UROLOGUE                      Diplôme : 1984                      223                      Quartier : Casablanca                      TEL: 022 27.33.67 - G.S.M. 061 09.88.77                 </div>		
Date de consultation :	05 MARS 2024	Age :	11 MARS 2024
Nom et prénom du malade :	Said NORREDINE		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 15/03/24

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
05 MARS 2024			300DH	INP 091087080

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ALANDAQUSSA CASABLANCA 126, Rue Des Perigord Franceville Casablanca	05/03/24	295,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INP 091087080	05 MARS 2024	Deuxième urinaire	400 DT

### AUXILIAIRES MEDICAUX

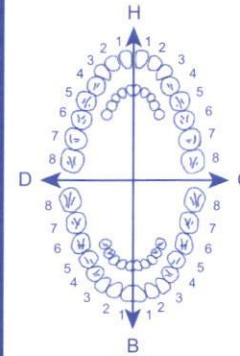
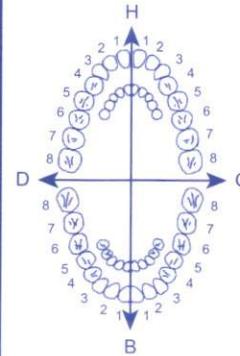
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des Travaux
	D 00000000	G 00000000		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

Prvřt . . .

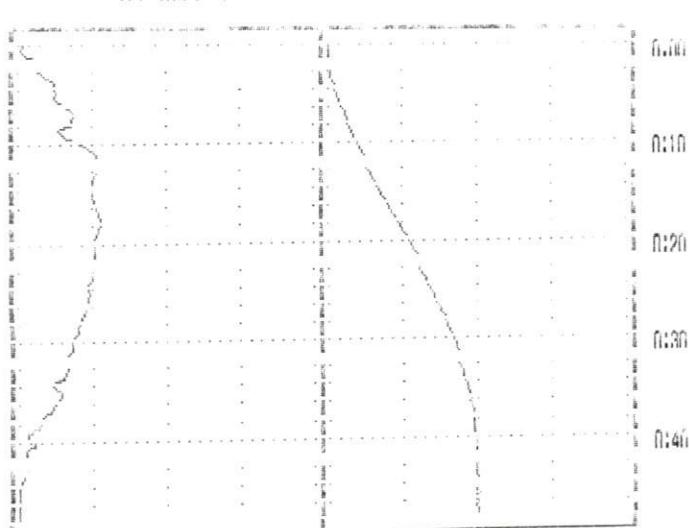
TABLE IV. (Continued) THEORETICAL

## Directional Influence

Parc Sainte-Croix Dr. KSTIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Diplômé de la F. d M de Bruxelles  
223, Boulevard Alphonse Daudet  
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA  
Téléphone : 022 27.33.67 - G.S.M : 061 09.88.77

Fixer: 05 MARS 2024  
Date: 05 MARS 2024 Remise:

Demain Mardi 16 mai  
Bénéfice réellement Bénéfice réellement



## Approaches to Depthmetrie

	Patient	M%	F%
Débit maximum	11 ml/s	-34	-47
Débit moyen	7 ml/s	-61	-53
Durée d'évacuation	42 sec	-67	-117
Durée du débit	41 sec		
Temps au débit Max. :	11 sec	2	-18
Volume évacué :	298 ml		

Paramètres normaux non disponibles pour volumes inférieurs à 55 ml ou supérieurs à 554 ml.

Volume résiduel : 60 cc mi  
Commentaire : obstrué,

**Docteur KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
ANDROLOGUE**

**Expert national auprès des tribunaux.  
Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)  
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)**

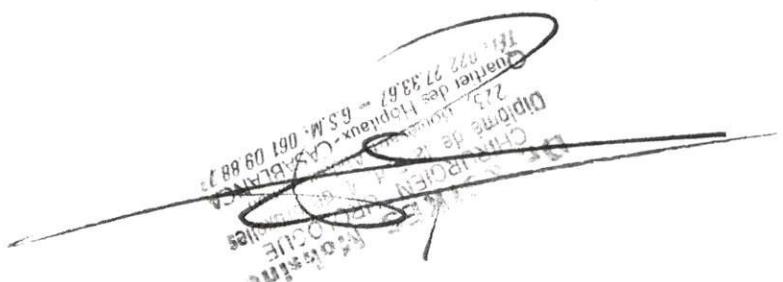
Casablanca le : 05 MARS 2024

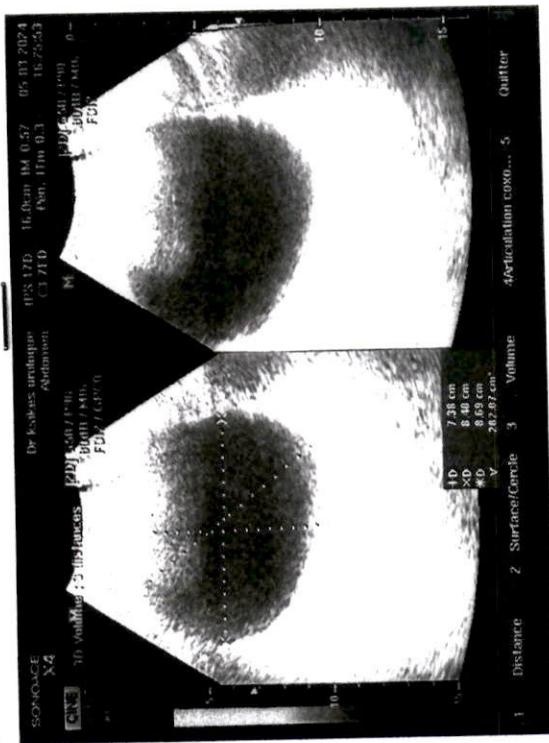
## **COMPTE RENDU DE BIMETRIE URINAIRE**

**NOM, PRENOM : Mr *Said NORREDDINE***

Débit max	: 11 ml/s
Débit moy	: 7 ml/s
Durée d'évacuation	: 42 sec
Durée du débit	: 41 sec
Temps au débit max	: 11 sec
Volume évacué	: 298 ml
*Volume résiduel	: 60 ml

**CONCLUSION : COURBE OBSTRUCTIVE .**





**Docteur KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
ANDROLOGUE**

**Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles**

**Ancien interne des hôpitaux de Paris**

**Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)**

**Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)**

Casablanca le :05/03/24

**ORDONNANCE MEDICALE**

NOM et PRENOM : Mr Said NORREDINE

*193,10 + 102,50 = 295,60*

1/ Contiflo gélules 0,4 mg:

1 gélule / j

le soir au lit

pdt 3 mois



*T = 295.60*

~~PHARMACIE AL ANDALOUSSIA  
CASABLANCA  
126, Rue Dahir Ben Youssef Franceville 2  
Casablanca~~

*Dr. KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Diplômé de la Faculté de Bruxelles  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)  
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)*

*Dr M KSIKES*



**Docteur KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
ANDROLOGUE**

Diplomé de la faculté de medecine de Bruxelles  
Ancien interne des hopitaux de Paris

Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)  
Membre de l'Association Francaise d'Urologie (A.F.U)

Casablanca le : **05 MARS 2024**

NOM, PRENOM : Mr *Said KSIKES*

**NOTE D'HONORAIRES**

Debimetric urinaire : 400 dh

*Dr.M.KSIKES.*