

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.

N° W21-826743

| | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricole : <u>747</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>Mikou Abdessamad</u> | | |
| Date de naissance : <u>8 MAI 1945</u> | | |
| Adresse : <u>RUE KAOUTUA AV. IBN ATHIR</u> | | |
| V/FES | | |
| Tél. : <u>0522045835</u> Total des frais engagés : <u>3.910 Dhs</u> | | |
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Dr. Mohamed BENNIS Chirurgien Urologue 54 Avenue Hassan II - Fès C. 035 62 46 69 I.N.P. 141026542 | | |
| Date de consultation : <u>13 FEV. 2024</u> | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Abdessamad Mikou</u> Age : <u>79 ans</u> | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : <u>Affection urologique</u> | | |
| 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. | | |

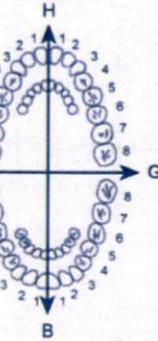
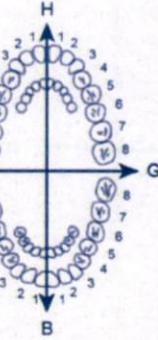
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : FES

Signature de l'adhérent(e) : Abdessamad Mikou

Le : 11/03/2024

| 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 |
| 1 FEV. 2024 | CS | | 300,- | Dr. M. CHIBANI, M.D. BEN YOUSSEF, M.D. UROLOGUE INP : C. 0356614669 N.P. 1411026542 |
| 3 FEV. 2024 | injection bolidec. SIC | | 50,- | |

| 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | OD.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلي والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

Fès le : _____ فاس، في :

13/02/2024

NOTE D'HONORAIRES

N° 45/2024

NOM : **Mr Abdessamad MIKOU**

ACTE : **Consultation spécialisée** **300 Dhs**

+ Injection ZOLADEX en S/C **50 Dhs**

RELEVE DES HONORAIRES : *Trois cents cinquante dirhams*
(350,00 Dhs)

Jr. Mohamed BENNIS
Chirurgien Urologue
54 Avenue Hassan II - Fès
C. 035 62 46 69
I.N.P. 141026542

المستعجلات : **06 61 25 12 35**

54, Avenue Hassan II - Fès شارع الحسن الثاني - فاس 54

العيادة : الهاتف / الفاكس : **05 35 62 46 69**

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP : **141026542** - ICE : **001649616000052**

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلي والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

Fès le : _____ فاس، في :

13/02/2024

Mr Abdessamad MIKOU

3310,00 ZOLADEX 10,8 mg : 1 injection en S/C trimestrielle (1 boite)



PHARMACIE AIN LAHNACH
Dr KALI REDA
AIN LAHNACH - TIZGIUT
PROVINCE TIFRAN
TEL : 05 87 74 38 01

Dr. Mohamed BENNIS
Chirurgien Urologue
54 Avenue Hassan II - Fès
C. 035 62 46 69
I.N.P. 141026542

المستعجلات : 06 61 25 12 35

54، شارع الحسن الثاني - فاس

العيادة : الهاتف / الفاكس : 05 35 62 46 69

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP: 141026542 - ICE : 001649616000052

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلي والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

Fès le : فاس، في :

13/02/2024

Mr Abdessamad MIKOU

- DOSAGE PSA TOTAL



Dr. Mohamed BENNIS
Chirurgien Urologue
4 Avenue Hassan II - Fès
C. 055 62 46 69
I.N.P. 141026542

المستعجلات : 06 61 25 12 35

54, Avenue Hassan II - Fès 54 شارع الحسن الثاني - فاس

العيادة : الهاتف / الفاكس : 05 35 62 46 69

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP: 141026542 - ICE : 001649616000052

LABORATOIRE GUESSOUS D'ANALYSES MEDICALES

PATENTE : 13606231 - CNSS : 2120830 - IF : 16409010 - ICE : 000721226000036

Dr. Mohamed GUESSOUS

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la faculté de
médecine

& de pharmacie de Marseille

CES : Hématologie -

Immunologie

Bactériologie et Virologie

FACTURE : 240200649

Fès le : 14-02-2024

Médecin

Dr BENNIS MOHAMED

Nom du patient

Mr Abdessamad MIKOU

Demande N° 2402140002

Date de l'examen : 14-02-2024

Analyses :

| CN | Récapitulatif des analyses | | |
|------|----------------------------|-----|-------------|
| | Analyse | Clé | Coefficient |
| 9105 | Prélèvement sanguin | B | 10 |
| 0361 | PSA | B | 300 |

Total des B : 310

Total des HN : 0

TOTAL REGLE APRES REMISE : 250 DHS

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : deux cent cinquante dirhams .



LABORATOIRE GUESSOUS D'ANALYSES MEDICALES



Dr. Mohammed GUESSOUS
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la faculté de Médecine
& de Pharmacie de Marseille
CES : Hématologie - Immunologie
Bactériologie et Virologie



Laboratoire certifié ISO 9001 en Juillet 2021

N° 2021/02-216.1

Prescripteur : Dr BENNIS MOHAMED

Mr MIKOU Abdessamad
Dossier N° 2402140002 du 14-02-2024 07:09
Résultats édités le : 14-02-2024 Tél :

Page : 1 / 1
Résultat **Unité** **V.Normales** **Antécédent**

MARQUEURS TUMORAUX

(Access Beckmen, VIDAS, Architect Abbott)

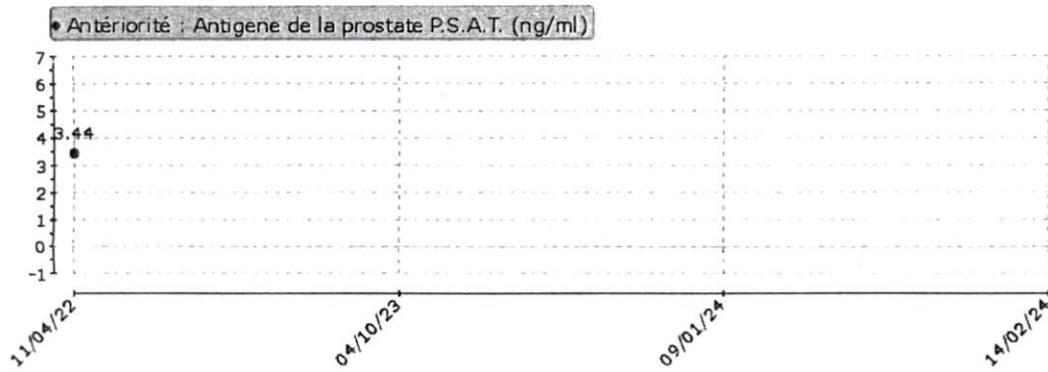
09-01-2024

1.97

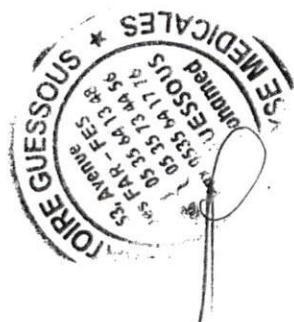
Antigene de la prostate P.S.A.T.:
(Access2, Chimiluminiscence Beckman)

2.84 ng/ml

(<4.40)



Demande validée biologiquement par : Dr. Mohammed GUESSOUS



Zoladex® 10,8mg

Goserelin

SafeSystem™



Maphar
Bd Alkizia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Zoladex 10,8mg Implant inj r

P.P.V : 3340,00 DH



6 118001 182534

Dr. Mohamed Bennis

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopiques

Stérilité masculine - Dysfonctions sexuelles

Circoncision

(Adultes - Enfants)



الدكتور محمد بنيس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الكلى والمسالك البولية والجهاز التناسلي

الفحص والجراحة بالمنظار - الختان

الضعف الجنسي - العقم عند الرجال

(الكبار - الصغار)

Fès le : **13 FEV. 2024** فاس. في :

RAPPORT MEDICAL

Monsieur Abdessamad MIKOU, âgé de 79 ans, présente un adénocarcinome prostatique métastatique.

Il nécessite une hormonothérapie à base de :

- ZOLADEX 10,8 mg (une injection trimestrielle)

Dr. Mohamed BENNIS
Chirurgien Urologue
54 Avenue Hassan II - Fès
C. 035 62 46 69
I.N.P. 141026542

المستعجلات : **06 61 25 12 35**

54, Avenue Hassan II - Fès شارع الحسن الثاني - فاس

العيادة : الهاتف / الفاكس : **05 35 62 46 69**

البريد الإلكتروني : urobennis@yahoo.fr

INP: 141026542 - ICE : 001649616000052