

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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  
M23-003500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Enfant? ABDELKADER  
Date de naissance : 15/05/69  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare connaître la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute           |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| L HOSPITALISATION EN CLINIQUE                    | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| L HOSPITALISATION EN HOPITAL                     | - L'ORTHOPEDIE                    |
| L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| SEJOUR EN MAISON DE REPOS                        | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 879218

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SERROUTI Abdulkader  
Matricule : 6986 Fonction : Retrait Poste :  
Adresse :  
Tél. : 06 66 18 14 24 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Serrouti Abdulkader Age :  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Arthrose  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A la le 08 MARS 2023  
Durée d'utilisation 3 mois


Docteur EL KACIMI Samir  
Chirurgien Urologue  
1483 Bd D. Ben Urdjène  
Casablanca Harbi Apt 1  
Signature et cachet du médecin  
NPE : 091181933

### VOLET ADHERENT


DECLARATION 879218  
Matricule N° : 6986  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes :



## 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
08 MARS 2023				
08 MARS 2023	Delivrance carnet 2000h			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/3/23	232,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

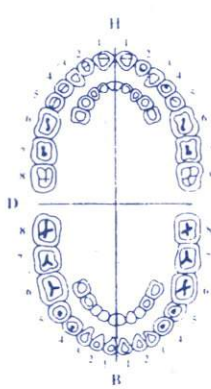
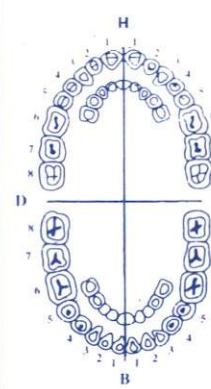
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez 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 <input type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

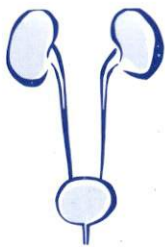
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur EL KACIMI Samir

Chirurgien Urologue  
Andrologue

Maladies de la Prostate  
Lithotripsie Extracorporelle  
Chirurgie Endoscopique  
Troubles Sexuels - Stérilité  
Cancer de l'appareil urinaire



الدكتور القاسمي سمير

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي  
و المسالك البولية و التناسلية

أمراض البروستات  
تفتيت الخصي  
الجراحة بالمنظار  
الاضطرابات الجنسية و العقم  
سرطان المسالك البولية

Casablanca, le 08 MARS 2023

Serbanti Abdel Kader

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Kabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH  
6 118001 081301

232,00  
① Xatral 10 mg (B30)



cp / j Sain de  
tauche

232,00  
PHARMACIE ABOUBAKR  
Bd. Driss El Harti - Casa  
Face Faculté Ben M'sik

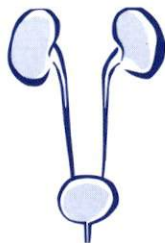
Docteur EL KACIMI Samir  
Chirurgien Urologue  
1483 Bd Driss El Harti Appt 1  
Casablanca  
INPE : 091181933

1483, شارع ادريس الحارتي، شقة 4 (أمام كلية العلوم ابن مسيك) - الدار البيضاء  
1483, Bd. Driss El Harti, Appt.4 (Face Faculté des Sc. Ben M'sick)  
الهاتف : 05 22 72 45 72 - البريد الالكتروني : drsamirelkacimi@gmail.com

**Docteur EL KACIMI Samir**

Chirurgien Urologue  
Andrologue

Maladies de la Prostate  
Lithotripsie Extracorporelle  
Chirurgie Endoscopique  
Troubles Sexuels - Stérilité  
Cancer de l'appareil urinaire



**الدكتور القاسمي سامير**

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي  
و المسالك البولية و التناسلية

أمراض البروستات  
تفتيت الحصى  
الجراحة بالمنظار  
الاضطرابات الجنسية و العقم  
سرطان المسالك البولية

Casablanca, le 08/03/23

## Reçu d'honoraire

Reçu de : Mr serbouti abdelkader

La somme de : 200 Dh

Pour debimetrie urinaire(200dh).

**Docteur EL KACIMI Samir**  
Chirurgien Urologue  
1483 Bd Driss El Harti Appt 1  
Casablanca  
INPE : 091181933

1483، شارع ادريس الحارتي، شقة 1 (أمام كلية العلوم ابن مسيك) - الدار البيضاء  
1483, Bd. Driss El Harti, Appt.1 (Face Faculté des Sc. Ben M'sick)  
الهاتف : 05 22 72 45 72 - البريد الالكتروني: drsamirelkacimi@gmail.com

# MMS Flowmaster: Débit urinaire

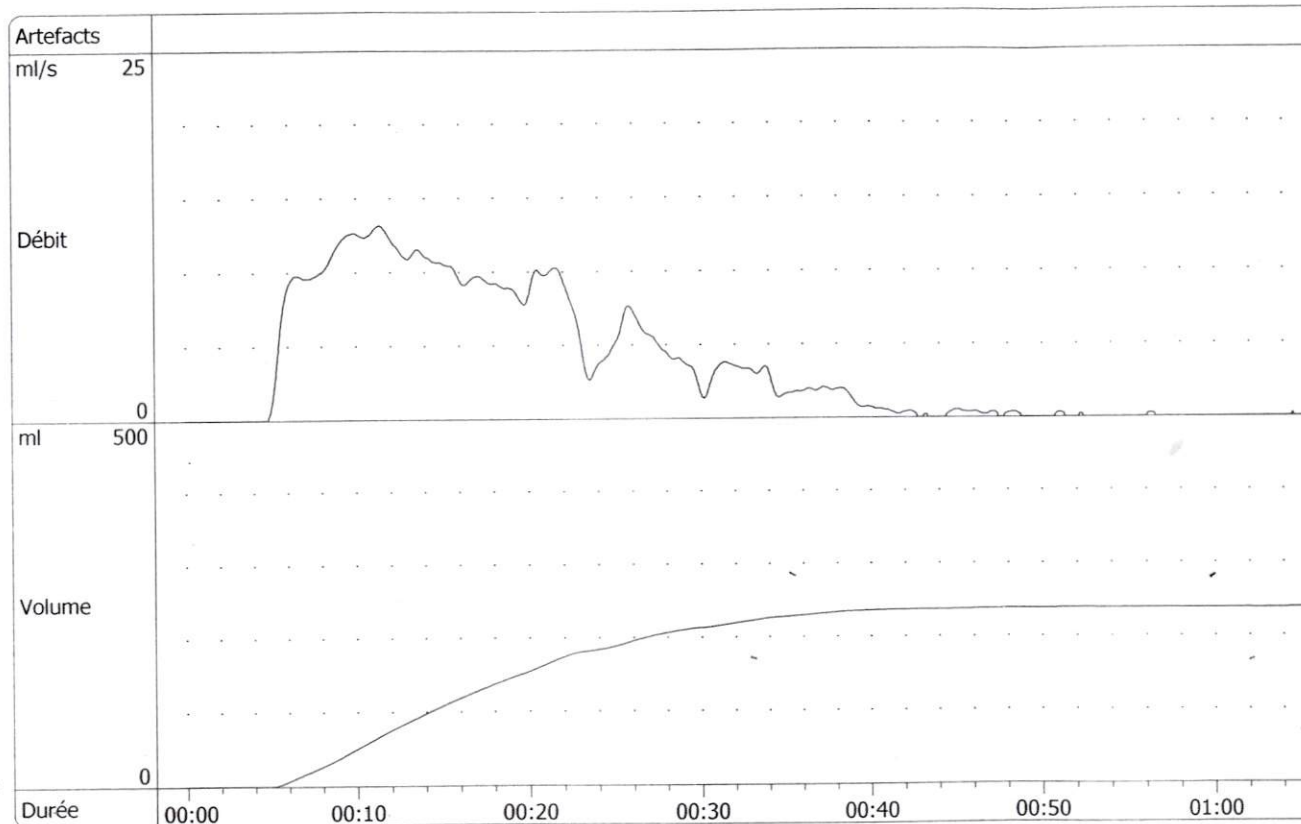
SERBOUTI, ABDELKADER



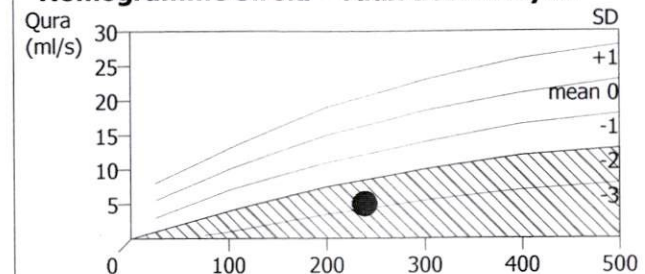
Sexe: Homme  
Date de naissance: 01/01/1959  
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 08/03/2023 / 12:46  
Numéro d'examen: 2  
Cabinet: Dr. EL KACIMI Samir

Imprimer date/heure: 08/03/2023 / 12:47  
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE21-9FLMB1350



## Nomogramme Siroki - Taux débit moyen

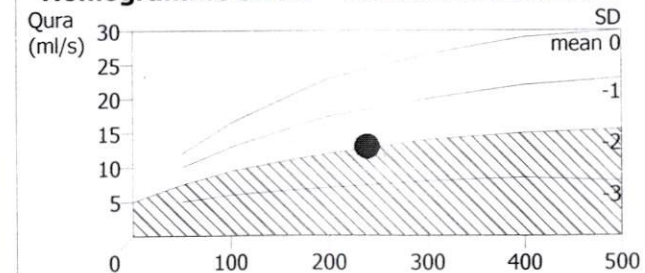


Classification: Obstrué

hommes seulement

Bladder volume (ml)

## Nomogramme Siroki - Taux débit maximum



Classification: Normal

hommes seulement

Bladder volume (ml)

## Résultats

Taux débit moyen : 5,4 ml/s  
Taux débit maximum : 13,2 ml/s  
Temps pour Débit max : 6,4 s  
Volume uriné : 238,6 ml  
Durée du Débit : 40,6 s  
Durée de la miction : 46,3 s  
Intervalles : 3  
Attente : 5,0 s

Docteur EL KACIMI Samir  
Chirurgien Urologue  
1483 Bd Driss EL Harh Appt 1  
Casablanca  
INPE : 091181933

Version: FR-2.7i, FM-2.7i, DB-2.7h

## Commentaires