

# 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.

M23- 0023918

Optique 186<sup>014</sup>  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6744

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIFKI ALLAL

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 4, Rue Taoumia CASA

Tél. : 061391716

Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Hamza EL NEIL**  
**Urologue - Andrologue**  
**Sexologue**  
**Tel : 06 56 206 206**

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : DAOUMER JAMAL Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Incontinence urinaire

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 : ELMA

Le : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
20/11/23	CS		300 DH	Docteur Hamza EL NEIL Urologue - Andrologue Sexologue Tél : 06 56 206 206
23/11/23	Delimitre		400 DH	Docteur Hamza EL NEIL

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

TEL: 96 56 206 206

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

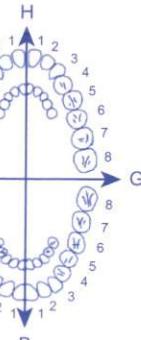
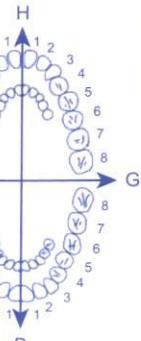
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**Docteur Hamza EL NEIL**  
Urologue Sexologue  
Andrologue



الدكتور النيل حمزة  
أخصائي في جراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

### NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné, Dr. EL NEIL HAMZA.

Présentes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mme: DAOUMER JAMAL.

DEBIMETRIE : 400 DH

Et lui présente ma note d'honoraire de : 400DH

Le 21/11/2023 à Casablanca.

*Cabinet Dr. Hamza EL NEIL*  
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

*Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue - Andrologue  
Sexologue  
Tél : 06 56 206 206*

إقامة المولى 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقى شارع أنواع وشارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

Résidence AL MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 - Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen - B.P. 20340 - Casablanca  
Tél.: 0522 23 42 97 • Urg : +212 656 206 206 • elneilhamza@hotmail.com • N° ICE : 002752425000008 • INPE : 091186478

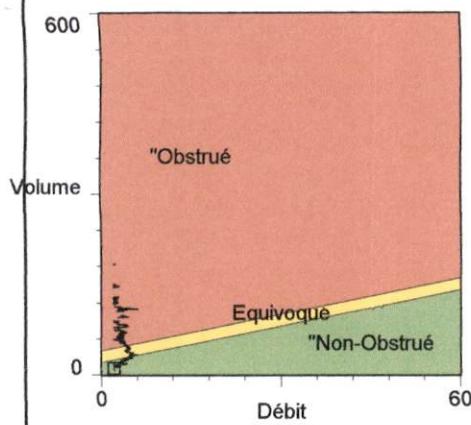
**Laborie Medical**  
**Bilan Urodynamique**

Patient: DAOUMER, JAMAL  
Médecin: El Neil, Hamza

Date/Naiss.: 25/05/1959 Age: 64 ans.  
Sexe: Homme N° Patient: AMSHQ\_029  
Examen: Débitmétrie Version: 14 Rel 10  
Date: 21/11/2023 Heure: 12:47:30  
Fichier:

Sommaire de Débitmétrie	Valeur	Dév. (Homme)
Débit max.:	6.0 ml/s	-54 %
Débit moyen:	3.3 ml/s	-61 %
Durée mictionnelle:	1:51.4 mm:ss.S	-435 %
Durée débit:	55.3 mm:ss.S	
Temps pour débit max.:	29.1 mm:ss.S	-188 %
Volume uriné	188 ml	
Débit à 2 secondes:	3.0 ml/s	
Accélération:	0.2 ml/s/s	
MICTION:	6/190/-	
Volume Résiduel:	n/a	

Nomogramme URA



Anamnèse/EXAMEN

Signature du Médecin

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478



LABORIE

M.D.

Patient: DAOUMER, JAMAL

Fichier:

Type d'Examen: Débitmétrie

21/11/2023

12:47:30



0 10 20 30 40 50 1:00 1:10 1:20 1:30 1:40 1:50 2:00 2:10 2:20  
Début débitmétrie Débit Max Fin débitmétrie

