

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0026531

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1438 Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FDOULI Ahmed

Date de naissance : 21/01/1951

Adresse : DAR LAMANE Bloc R T.M. 628 N° 1

RIH SEBA CASABLANCA

Tél. : 0662220074 Total des frais engagés : 1655,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2019

Nom et prénom du malade : FDOULI Ahmed

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

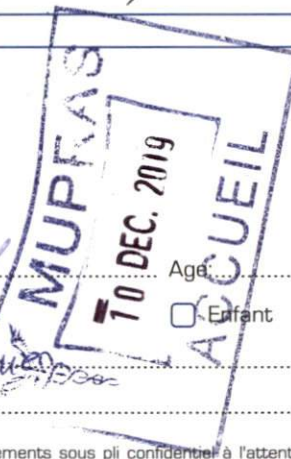
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 24/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :






# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24.10.2019      | Ecchographie      | 9                     | 700                             |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24/10/19 | 955,80                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

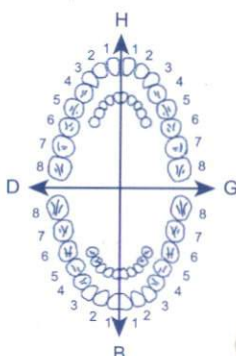
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|--|------------------|--------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  |  | PPV: 159DH30     | PPV: 159DH30 | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>BUT D'EXECUTION<br><br>D'EXECUTION |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  | PPV: 159DH30     | PPV: 159DH30 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  | PPV: 159DH30     | PPV: 159DH30 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |              | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>MONTANTS DES SOINS<br><br>DATE DU DEVIS<br><br>DATE DE L'EXECUTION |
| H   |  |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552   |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G  |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553   |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |  |                  |              |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hamid Fekak**  
Membre de l'European  
Association of Urology et  
de la Société Internationale  
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies uro-  
génitales. Laser Prostate
- Cancerologie Uro-génitale
- Statique Pelvienne  
et incontinence urinaire
- Infertilité masculine  
et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser  
des Calculs urinaires
- Circoncision
- Echographie et explorations  
Urodynamiques

**Mr FDOULI Ahmed**

159.30 x 6

FLOTRAL 10mg Lp

1 comprimé, Le soir au coucher pendant 6 mois



955.80

الدكتور حميد فكاك

عضو الجمعية الأوربية

والعالمية لجراحة الكلى

والمسالك البولية

• البراحة والفحص بالمنظار

للمسالك البولية والتناسلية

• اخضاعى سرطان الكلى

والمتانة والبروستات

• السلس البولي

• العقم والعجز الجنسي

• الخنزاع

• تفتيف بطون جراحة لحصى

الكلى والمسالك البولية

• الفحص بالمصغى

Pharmacie EL HAY  
AITIRHIL DRISS  
Docteur en Pharmacie  
Dar Lema, Bloc P N°6, H.M  
Ain Sebâa - Casablanca  
Tél: 0522 63 64 66

Professeur H. FEKAK  
Chirurgien Urologue  
43 Avenue 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,  
1<sup>er</sup> étage, N°1  
Casablanca - 20490  
Tél. : 05 22 47 14 57  
Fax : 05 22 47 14 58  
Gsm : 06 65 405 901  
hafekak@yahoo.fr

**24/10/2019**

**Docteur Hamid Fekak**  
Membre de l'European  
Association of Urology et  
de la Société Internationale  
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies uro-  
génitales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Statique Pelvienne  
et incontinence urinaire
- Infertilité masculine  
et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser  
des Calculs urinaires
- Circoncision
- Echographie et explorations  
Urodynamiques

## NOTE D'HONORAIRES

**Nom et Prénom : MR FDOULI AHMED**

**Nature de l'acte :**

- ✓ Consultation = 300dhs
- ✓ Echographie renale et vesico-prostatique=400dhs

**La présente note d'honoraires s'élève à la somme**

**De : Sept cents dirhams (700dhs).**

الدكتور حميد فكاك  
عضو الجمعية الأوروبية  
والعالمية لجراحة الكلى  
والمسالك البولية  
• البراحة والفحص بالمنظار  
للمسالك البولية والتناسلية  
• اختصاصي سرطان الكلى  
والمثانة والبروستاتا  
• السلس البولي  
• العقم والعجز الجنسي  
• الختان  
• تقنيات بتر جراحة لحصى  
الكلى والمسالك البولية  
• الفحص بالمصغى

**Professeur H. FAKAK**  
Chirurgien urologue  
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية  
43 Av. 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,  
1<sup>er</sup> étage, N°1  
Casablanca - 20490  
Tél. : 05 22 47 14 57  
Fax : 05 22 47 14 58  
Gsm : 06 65 405 901  
hafekak@yahoo.fr





**Professeur Hamid Fekāk**  
الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales  
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

Casablanca le .....

24/10/2019

**Nom du patient : Mr FDOULI AHMED**

**ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE**

**Résultats :**

- ✓ Les reins sont de taille normale de contours réguliers, d'échostructure homogène, mesurant respectivement 10.38/5.21cm à droite et 11.44cm à gauche.
- ✓ Pas de dilatation des cavités rénales.
- ✓ Vessie en bonne réplétion à paroi régulière.
- ✓ La prostate mesure approximativement 4.73/4.78/6.04cm soit un volume de 71.48cm<sup>3</sup> d'échostructure homogène.
- ✓ Pas d'anomalie des vésicules séminales et de la graisse péri-prostatique.
- ✓ Après miction il ne persiste pas de RPM significatif.

**Au total :**

- **Hypertrophie prostatique homogène sans retentissement sur le haut appareil urinaire.**

Professeur H. Fekāk  
Chirurgien urologue  
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية  
43 Av. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 47 14 58

