

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 55.92

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. B. J. J. J. J.

903962

Date de naissance : 1962

Adresse :

Tél. : 0666 294 094

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.

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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: upward (H), downward (B), leftward (D), and rightward (G). The upper arch has arrows pointing up at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The lower arch has arrows pointing down at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. A horizontal arrow points left at the upper arch and right at the lower arch. A vertical arrow points up at the upper arch and down at the lower arch.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

WIDA ETI SAGITTIS DILIBERANTUR A TERRA VENIENTI ET TERRA

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

V) Partie Réservée Aux Lunettes إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique تسعيرة النظارات

Date : Docteur : الطبيب :

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					البعد : ع يم
					ع يس
V. Près : O.D.					القرب : ع يم
					ع يس
D.F. O.D.					المزدوج : ع يم
					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique رأي المكلف بالمراقبة

Date : رقم الكفالة : P. en charge n° :

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			البعد
V. Près			القرب
D.F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S.

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

3) Facture de l'Opticien فاتورة النظارات

Date : التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

ص.ت.ض.ا!
للوكلالات

3, زنقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء
3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

التعاضدي والمستفيد MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	NOM ET PRENOM	KOUDER Abdelkrim	الإسم الكامل
	MATRICULE & SERVICE	1514169	الرقم والمصلحة
	REGIE où CENTRE	CP 155, RÉG. 1514169	الوكالة أو المركز
التعاضدي MUTUALISTE	NOM ET PRENOM	Mo - Même	الإسم الكامل
	DATE DE NAISSANCE		تاريخ الازدياد
التعاضدي MUTUALISTE	DEGRE DE PARENTE		درجة القرابة
	En Cas d'accident	في حالة حادثة	توقيع التعاضدي Signature du Mutualiste
هل الحادثة تسبب فيها الغير : أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés			
الطبيب PRATICIEN	NATURE MALADIE	Date	التاريخ
	Arthrite de plante		الخاتم والتوكيل Signature du praticien
التعاضدي C.M.S.S.	ملاحظات OBSERVATIONS	Ds. N° :	خاتم وتوقيع التعاضدية Cachet & Signature CMSS
<ul style="list-style-type: none"> BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER. EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2 			

RMQSS

Professeur M. M. Mohamed
Chirurgien Urologue
76, av. Alphonse Man. Casablanca
Tél: 032 2116 Fax: 032 258999
الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenc	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل الموصفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
2024/04/06	Facture				
2024/04/06	014901121	1375	00		

II) Examens et Analyses Prescrits

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب و خاتم المنشأة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicam utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

- Chaque agent est responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
 - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
- La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
- Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

إطار خاص بالأعمال الطبية العادي

Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
 - La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
 - Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

إطار خاص بالخدمات الطبية

إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية

Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

تسعيرة الأسنان

الجهة العليا		الجهة السفلية	
H		B	3 5 5 3 3 4 1 1
D	0 0 0 0 0 0 0 0	G	1 1 4 3 3 5 5 3
D	0 0 0 0 0 0 0 0	G	0 0 0 0 0 0 0 0
	0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0

العامل المعايير Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترنة Soins et prothèses préconisées

Date : التاريخ

خاتم و توقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du Praticien

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : التاريخ : P. en charge n°
الأعمال :
المعامل :
تعويض التعاضدية :
الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

التاريخ :
الأعمال :
المعامل :
الثمن :
Montant :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus كل عمل أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه



• Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
• Pelvi-périnéologie

Casablanca, le

4. 7. 20

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale

d'Urologie

melmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interné des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

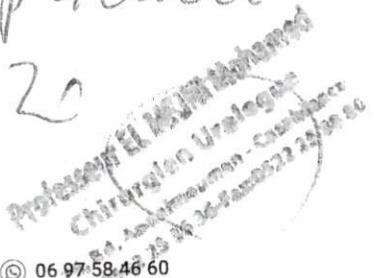


u. MRINI
ARMERINI

Adenome de prostate
en relation d'urine

Resultat endoscopique
de la prostate

K 120



05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - 06 97 58 46 60

34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 05-03-2024

Facture N° 04901/24

A. Identification

N° Dossier : CJO24C04072143

N° Identifiant : 087959/24

Nom & Prénom : M. KOUIDER ABDELKRIM

C.I.N : B155038

Adresse : BD SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH IMM 8 APT 5 CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . DR EL MRINI MOHAMED

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-03-2024

Date Sortie : 05-03-2024

Traitements : PROSTATE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	SEJOUR EN SUITE		2 400,00			2 400,00
Total Rubrique :						
						2 400,00
INTERVENTION						
1	PROSTATE		4 206,87			4 206,87
Total Rubrique :						
						4 206,87
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 183,13			1 183,13
Total Rubrique :						
						1 183,13
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. DR EL MRINI MOHAMED (UROLOGUE)		5 000,00			5 000,00
1	DR. BENOMAR AMINA (ANESTHESIE-REANIMATION)		960,00			960,00
Total Rubrique :						
						5 960,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
13 750,00						

TREIZE MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT LYDEC) de :
ZERO DIRHAMS

signature de l'assu

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 04/03/2024 au 05/03/2024
 Patient : M. KOUIDER ABDELKrim
 N° Dossier : CJO24C04072143
 Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ALESE JETABLE 90x180 - COM	5,63 Dh	3	16,89 Dh
BANDELETTE GLYCEMIE - COM	4,00 Dh	4	16,00 Dh
CASAQUE JETABLE - COM	10,00 Dh	1	10,00 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01) - CON	7,00 Dh	3	21,00 Dh
COUCHE ADULTE - COM	8,24 Dh	5	41,20 Dh
GANT NITRILE JETABLE /100 - COM	0,80 Dh	40	32,00 Dh
LANCETTE - COM	0,63 Dh	4	2,52 Dh
SERINGUE 10 CC - COM	3,00 Dh	3	9,00 Dh
TAMPON ALCOOLISÉ (100) - COM	0,60 Dh	8	4,80 Dh
TEGADERM 10 X 12 (050) - COM	11,74 Dh	2	23,48 Dh
AIG DE RACHIS STERIFIL G25 (001) - CON	75,00 Dh	1	75,00 Dh
CACHE CAMERA - COM	98,00 Dh	1	98,00 Dh
CHAMP FENETRE 75X90 CM - COM	11,25 Dh	1	11,25 Dh
ELECTRODES - COM	2,11 Dh	3	6,33 Dh
GANT STERILE SANS POUDRE 7 (001) - COM	12,50 Dh	1	12,50 Dh
GANT STERILE SANS POUDRE 7,5 (001) - COM	12,50 Dh	1	12,50 Dh
GANTS LATEX FREE SODIMAREP - COM	27,00 Dh	1	27,00 Dh
INTRANULE G20 ROSE - COM	1,39 Dh	1	1,39 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001) - COM	7,00 Dh	2	14,00 Dh
SAC A URINE (001) - COM	6,00 Dh	1	6,00 Dh
SERINGUE 20 CC - COM	3,00 Dh	3	9,00 Dh
SONDE DU FOUR PROMAMEC CH 20 rush - COM	150,00 Dh	1	150,00 Dh
TEGADERM I.V 7 CM X 8.5 CM REF 1633 - CON	5,49 Dh	1	5,49 Dh
TRANSPORE 9,14M*2,5CM (012) - COM	20,00 Dh	1	20,00 Dh
TUBULURE POUR IRRIGA (001) - CON	60,00 Dh	1	60,00 Dh
			685,35 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 10 MG / ML SO 1 BOITE DE 1 POCHE DE 100 ML	18,80 Dh	3	56,40 Dh
SERUM G 5% 500ML POCHE	12,30 Dh	2	24,60 Dh
SERUM SALE 0.9% 1L SOLUTION	13,80 Dh	15	207,00 Dh
BAITANET D 10 G SO 1 FLACON DE 120 ML	9,40 Dh	1	9,40 Dh
BUPIVACAIN RACHIANESTHESIE AGUETTANT 20MG/4ML SO 1 BOITE DE 10 FLACONS DE 20 ML	23,93 Dh	1	23,93 Dh
LOXEN 10 MG / 10 ML SO 1 BOITE DE 5 AMPOULES DE 10 ML	13,78 Dh	1	13,78 Dh
MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG / 5 ML SO 1 BOITE DE 10 AMPOULES DE 5 ML	7,87 Dh	1	7,87 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE	12,00 Dh	2	24,00 Dh
TRICEF 1 G / 10 ML PO 1 BOITE DE 1 FLACON	65,40 Dh	2	130,80 Dh
			497,78 Dh

Total global : 1 183,13 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 04-03-2024

DR. BENOMAR Amina

Spécialité : ANESTHESIE-REANIMATION

N° Patente : 091145888

Identifiant fiscal : 14397069

ICE : 001724260000033

PATIENT : M. KOUIDER ABDELKRIM

**HONORAIRES : 960,00 Dh
(NEUF CENT SOIXANTE DIRHAMS)**

DR. BENOMAR Amina
Professeur
Anesthésie - Réanimation
Médecine d'Urgence

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

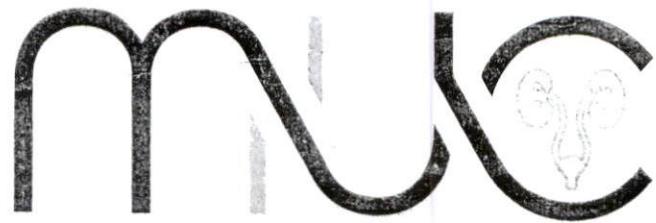
Date d'entrée: 04-03-2024

DR. DR EL MRINI Mohamed
Spécialité : UROLOGUE
N° Patente : 091217364
Identifiant fiscal : 20735787
ICE : 001888672000017

PATIENT : M. KOUIDER ABDELKrim

HONORAIRES : 5 000,00 Dh
(CINQ MILLE DIRHAMS)

Dr. El Mrini Mohamed
Chirurgien Urologue
N° Patente : 091217364
Identifiant fiscal : 20735787
ICE : 001888672000017



MERINID
UROLOGY
CENTER

- Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
- Pelve-perinéologie

11/03/2024
Casablanca, le

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue
Spécialiste de l'uro-oncologie
et de l'uro-endoscopie.
M. D. L. C.
mohamed_elmrini@hotmail.com

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue
Admission à l'AP-HP
elmrini_mohamed@hotmail.fr

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mr : KOUIDER ABDELKRIM

- ✓ Intervention le 04/03/2024
- ✓ Opérateur : Pr ELMRINI MOHAMED
- ✓ Anesthésiste : Pr BENOMAR.
- ✓ Indication : Adénome prostatique.
- ✓ Nature d'intervention : Résection vaporisation trans-urétrale de prostate.
- ✓ Intervention : sous anesthésie loco-régionale, position gynécologique, introduction facile du résectoscope, résection vaporisation bipolaire circulaire d'une hypertrophie prostatique, contrôle de l'hémostase, mise en place d'une sonde prostatique trois voies CH22.

Mr. El. MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
M. D. L. C.
05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - 06 97 58 46 60
34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca



05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80 - 06 97 58 46 60

34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca