

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0057428

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5592 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 203962
Nom & Prénom : A. B. J. J. J.
Date de naissance : 1969
Adresse :
Tél. : 0666 294094 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) :

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

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

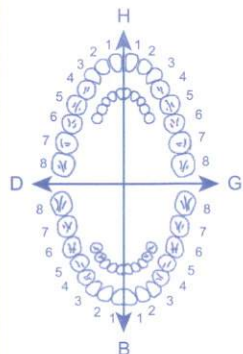
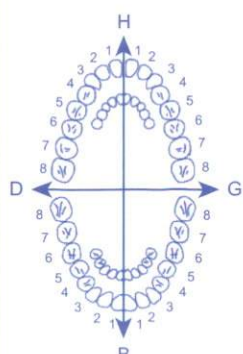
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS 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

V) **Partie Réservee Aux Lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique

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

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقى 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

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم و التوقيع
Cachet & Signature

من.ت.ض.ن.
للوكالات



C.M.S.S.
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات

NOM ET PRENOM KOUIDER Abdelhakim الإسم الكامل
MATRICULE & SERVICE 1616161616 الرقم والمصلحة
REGIE ou CENTRE CNRS REGIES الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM Moi - même الإسم الكامل
DATE DE NAISSANCE تاريخ الازدياد
DEGRE DE PARENTE درجة القرابة

توقيع التعاضدي
Signature du Mutualiste
En Cas d'accident في حالة حادثة
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير
أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

NATURE MALADIE التشخيص Date التاريخ
الخاتم و التوقيع
Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS
Ds. N° :
خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet & Signature CMSS

BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.
EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl.	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
04/03/2024		Fachin		1375	
05/03/2024		04/03/2024			

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص والتحليلات الموصوفة

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 المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament 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.

Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

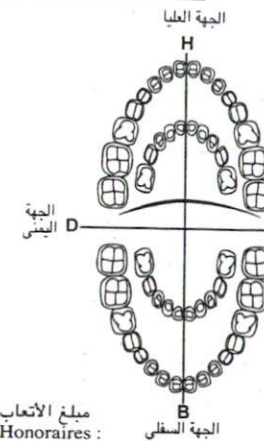
- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire 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.

IV)

إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

تسجيرة الأسنان

1) Devis Dentaire



الجهة العليا D	الجهة السفلى B	الجهة اليسرى D	الجهة اليمنى G
2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3		

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأى المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : P. en charge n° التاريخ :
 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

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ :
 الأعمال :
 المعامل :
 الثمن :

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

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



MERINID
UROLOGY
CENTER

- 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 Interne des Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

à Monsieur

ABMZRRIU

Adenocarcinome de prostate
en relapsus d'urètre

Resection endoscopique
de la prostate

K 120



Professeur EL MRINI Mohammed
Chirurgien Urologue
R.S. Agdalmenen - Casablanca
05 22 25 36 36 - 06 97 58 46 60

☎ 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 :

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

Médecin traitant : DR . DR EL MRINI MOHAMED

Traitement : 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 :						
						5 960,00

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
BUPIVACAINE 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. Amina Benomar
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 :

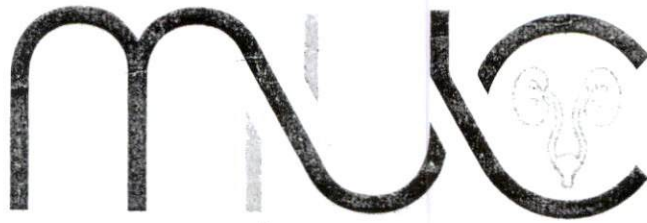
M. KOUIDER ABDELKRIM

HONORAIRES :

5 000,00 Dh

(CINQ MILLE DIRHAMS)

Professeur Dr. EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
20, 25, Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 35 35 Fax: 0522 25 69 62



MERINID
UROLOGY
CENTER

• Endo-urologie • Onco-urologie • Coeliochirurgie
• Pelvi-pennéologie

Casablanca, le 11/03/2024

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Praticien Hospitalier - Hôpitaux de Paris

Pr. EL MRINI

merinid@hotmail.com

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mr : KOUIDER ABDELKRIM

Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Praticien Hospitalier - Hôpitaux de Paris

elmrini_mohamed@hotmail.fr

- ✓ 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 résectroscope, résection vaporisation bipolaire circulaire d'une hypertrophie prostatique, contrôle de l'hémostase, mise en place d'une sonde prostatique trois voies CH22.



Mohamed EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Pr. EL MRINI Mohamed
Tél: 0522 25 36 36 - 0522 25 36 80 - 06 97 58 46 60

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

34.Rue des Courlis, Riviera, Oasis - Casablanca