

## 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

- 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

N° W21-803931

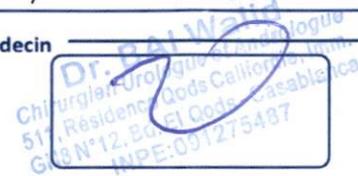
**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

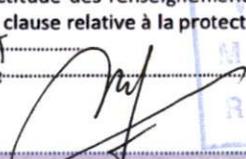
Matricule : 3104      Société : DAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : QASSOUD ARMED  
 Date de naissance : 08/05/1960  
 Adresse : RES. KHAD ANDALOUSS V3 CALIFORNIA  
 Tél. : 06 61 19 16 39      Total des frais engagés : 1319 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/06 / 2023  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : TUBA  
 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 : CASA      Le : 13 SEP 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS  
ACCUEIL

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
02/08/23	CS		300DH	
02/08/23	CS		60	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/08/23	452,40
	02/08/23	102,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/08/23	15,200	963 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Dr Walid BAI

Chirurgien Urologue  
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômé en Urodynamique  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



الدكتور وليد بعي

أخصائي في أمراض ومراجعة الكلبي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le : 021 091 2020

Dr. Walid BAI

193.10 + 109.70

1) Conk f de 5.0 2 4



195 9 dt 3 20

74.80 x

2) Sep 2 4



1 4 p 2 2 5 7 4 2 2 5

T = 452, 40

PHARMACIE LATIF SAÏD  
Route d'Azemmour, Commune  
Dar Bouazza, GH Massakinoune  
Equipement 4B, N° 1

PHARMACIE LATIF SAÏD  
Route d'Azemmour, Commune  
Dar Bouazza, GH Massakinoune  
Equipement 4B, N° 1

Dr. BAI Walid  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence Qods Californie, Imm.  
GH8 N°12, Bd. El Qods - Casablanca  
INPE: 091275487

سیر وفلوکسا

سیتین

SEPCEN 500 mg

cipofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT: 05823009  
PER: 02/2026  
PPV: 74.80 DA

08/17

SEPCEN 500 mg

cipofloxacin

10 comprimés pelliculés



5 118000 230182

LOT: 05823009  
PER: 02/2026  
PPV: 74.80 DA

08/17



GTIN: 18901296110192  
Lot: DFD2547B  
EXP.: 05/2024  
S.N.: 9R5HYFJ56DD



GTIN: 18901296110185  
Lot: DFD2539C  
EXP.: 05/2024  
S.N.: HEZD2522C6T



Dr Walid BAI

Chirurgien Urologue  
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômé en Urodynamique  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



الدكتور وليد بعي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le : 04/08/2023

Mr. Cassoudi Ahmed

51, BOX 2

Voltaire 100



1 capsule par jour ; arrêter 14 jours

Puis reprise 7j

T: No 2, 60

Dr. BAI Walid  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence El Qods - Casablanca  
Imm. G118 1<sup>er</sup> étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca  
091375337

Pharmacie Kanaph  
N° 6 Boulevard Hachemi Filali  
Rés. Arcadia / Californie - Casablanca  
Tél: 05 29 44 50 44

1232204 MA TA  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51,30 DH  
VOLTAIRE® LP 100 mg  
6 118001 030040

1232204 MA TA  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51,30 DH  
VOLTAIRE® LP 100 mg  
6 118001 030040



511, Résidence El Qods - Casablanca  
G118 1<sup>er</sup> étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca  
Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 33 69 04 - Email : dr.walid.bai@gmail.com

# Dr Walid BAI

Chirurgien Urologue  
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômé en Urodynamique  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



# الدكتور وليد بعي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le : 0210812023

Mr. Al Qassoud

1) Sp... avec cath...

2) P... HA

Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casa - Tel.: 0522 87 22 23/24  
INPE: 093064350  
ICE: 002533445000027

Dr. BAI Walid  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence Qods California, Imm.  
GH8 N°12, Bd. El Qods - Casablanca  
INPE: 091275487



Code Patient B220811031



Prélèvement du : 02-08-2023  
au labo à 15:53  
Demande N° : B230802032  
Edition : 04-08-2023

**M QASSOUD Ahmed**

Né(e) le : 08-05-1960

Prescripteur : Dr BAI WALID

## MARQUEURS TUMORAUX

**PSA Total** 4.53 ng/mL (<4.00)  
(Technique ECLIA - Tosoh)

## BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

### SPERMOGRAMME :

(Selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé "OMS", 6ème édition Juillet 2021)

#### CARACTÈRES GÉNÉRAUX :

Délai d'abstinence :	3 jours	(2-5)
Volume de l'éjaculat :	1.5 ml	(>1.4)
Lieu d'émission :	A domicile	
Viscosité :	Normale	
Liquéfaction	30 min	(<60)
Odeur	Sui-généri	
Couleur	Hématique ✓	
pH:	9.0	(>7.2)

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE :

Numération: (M=Millions)

<b>Spermatozoïdes :</b>	154.0 Millions/mL	(>15.0)
Spermatozoïdes par éjaculat	231.0 Millions/éjac.	(>39.0)
Cellules de la lignée spermatique :	2.0 Millions/mL	
Leucocytes :	11.0 Millions/mL	(<1.0) ✓
Hématies :	284.0 Millions/mL	(<0.5)
Agglutinats :	Absence	
Agrégats :	Présence	

#### VITALITÉ:

**Vitalité après 1 heure :** 5 % (>54)

#### MOBILITE APRES 1 HEURE (a+b > 30%)

<b>de type a (progressifs rapides)</b>	0 %	(>25)
de type b (progressifs lents)	0 %	
de type c (mobiles sur place)	2 %	
de type d (immobiles) :	98 %	(<20)

#### MOBILITE APRES 4 HEURES

<b>de type a (progressifs rapides) :</b>	0 %	(>20)
de type b (progressifs lents) :	0 %	
de type c (mobiles sur place) :	0 %	

**La Qualité est notre souci permanent**

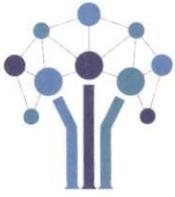
567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : contact@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv : 06.61.11.49.36

Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098





**BACTERIOLOGIE**

**SPERMOCULTURE**

(Cultures sur milieux PVX,ANC,et Sabouraud)

**Examen cytologique**

<b>Cellules épithéliales :</b>	<b>Rares</b>
<b>Leucocytes :</b>	<b>Nombreux</b>
<b>Hématies :</b>	<b>Très nombreuses</b>
<b>Levures :</b>	<b>Absence de Levures</b>
<b>Trichomonas vaginalis :</b>	<b>Absence</b>

**Examen bactériologique**

<b>Coloration de Gram :</b>	<b>Aucun germe vu</b>
<b>Cultures :</b>	<b>Culture négative</b>

**Examen mycologique**

<b>Cultures mycologiques :</b>	<b>Culture négative</b>
--------------------------------	-------------------------

Demande validée biologiquement par : Dr. O. TOUZANI

Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casa - Tel.: 05 22 87 22 23/24  
INPE:093064350  
ICE: 002533445000027



**FACTURE N° : B230802032**

Casablanca le 02-08-2023

**M Ahmed QASSOUD**

Date de l'examen : 02-08-2023

INPE : 093064350

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0242	Antibiogramme	B60
0361	PSA	B300
0241	Cytologie, culture, identification	B90
	Spermogramme SEUL	B250

Total des B : 700

TOTAL DOSSIER : 963 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent soixante-trois dirhams

Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567 Bd Al Qods Ain Chock  
Casablanca - Tél: 0522 87 22 23 / 24  
INPE: 093064350  
ICE: 002533445000027

**La Qualité est notre souci permanent**

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098