

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-803931

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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        | C3                |                       | 300DH                           | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                          |
| 02/08/23        | C3                |                       | C 6                             |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie SARLAU<br>Route d'Azemmour, Commune<br>Dar Bouazza, GH Massakine<br>N° 6 Boulevard Hachei<br>Rés. Arcadia Casablanca<br>Tél: 30 44 | 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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire TOUZE<br>7, Bd. Al Qods 22 2000<br>Casablanca - Tél: 0522 8 22 2000<br>N° 093 164350 | 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.

Important :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|----------------------------|--|------------------|-------------------------|---------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
|                            |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | <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> |                  |                         | H                                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                            | H  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | 25533412   | 21433552         |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | 00000000   | 00000000         |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | D  | G                |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | 00000000   | 00000000         |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | 35533411   | 11433553         |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | B  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|                            |  |                  |                         |                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

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 Urodynamie  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



**الدكتور وليد بعي**

أخصائي في أمراض ومعالجة الكلى  
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 09 / 2025

*Dr. Walid BAI*

193.10 + 109.70

1) Conk f de  29

197 3 29

74.80 x

2) Sep

1 ep 2 29

T = 452, 40

PHARMACIE LATIE S. LAU  
Route d'Azemmour, Commune  
Dar Bouazza, GH Massakinouna  
Equipement 4B, N° 1



PHARMACIE LATIE S. LAU  
Route d'Azemmour, Commune  
Dar Bouazza, GH Massakinouna  
Equipement 4B, N° 1

**Dr. BAI Walid**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence Qods Californie, Imm.  
GH8 N° 12, Bd. El Qods - Casablanca  
INPE: 001275487

511 إقامة القدس كاليفورنيا عمارة 8 الطابق الأول رقم 12 شارع القدس - الدار البيضاء

511, Résidence Qods Californie, Imm. GH8 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

سيرفوكسا

سيتيسين

SEPCEN 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

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

74/80

SEPCEN 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

5 118000 230182

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

74/80



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



GTIN: 18901296110185  
Lot: DFD2539C  
EXP.: 05/2024  
S.N.: HEZD25Z2C6T





**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 الكلى

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

M. Gassoud Ahmed

51, BOX 2

Voltaire 200



1 cp/j p.m. ; arrêt 14j

Puis reprise 7j

T: No 2, 60

Dr. BAI Walid  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence 1<sup>er</sup> étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca  
Imm. Gr. 12 83 51 03 03

**Pharmacie Kanaph**

N° 6 Boulevard Hachemi Filali  
Rés. Arcadia - Californie - Casablanca  
Tél: 05 2 44 50 44



511, Résidence

Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 55 69 04 - Email : dr.walid.bai@gmail.com

511 إقامة القدس كالفورنيا عمارة 8 الطابق الأول

511 1<sup>er</sup> étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca

# 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 : 02/08/2023

Mr. Ali Qassoud

1) Sp... avec cath...

2) 78A

Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casa - Tel.: 0522 87 22 23/24  
INPE: 093 064 3350  
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**

(Technique ECLIA - Tosoh)

**4.53** ng/mL

(<4.00)

## 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:

|                                 |     |       |
|---------------------------------|-----|-------|
| <b>Vitalité après 1 heure :</b> | 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



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
AL QODS

## Dr. Omar TOUZANI

Spécialiste en : Biologie de la Reproduction et Oncofertilité -  
Hématologie - Immunologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Biologie moléculaire et génétique  
Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

Référence : **B230802032**

**M QASSOUD Ahmed**

de type d (immobiles) :

Nul

### **MORPHOLOGIE:**

**Spermatozoïdes typiques:**

11 %

(>4)

Spermatozoïdes atypiques:

89 %

### **IV-CONCLUSION :**

Asthéno-nécrospémie sévère associée à une leucospermie  
et hémospémie importantes.

**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](mailto: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

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| Cellules épithéliales : | Rares              |
| Leucocytes :            | Nombreux           |
| Hématies :              | Très nombreuses    |
| Levures :               | Absence de Levures |
| Trichomonas vaginalis : | Absence            |

### Examen bactériologique

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Coloration de Gram : | Aucun germe vu   |
| Cultures :           | Culture négative |

### Examen mycologique

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| Cultures mycologiques : | Culture négative |
|-------------------------|------------------|

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



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
AL QODS

**Dr. Omar TOUZANI**

Spécialiste en : Biologie de la Reproduction et Oncofertilité -  
Hématologie - Immunologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Biologie moléculaire et génétique  
Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

**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  
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