

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Nº M20- 0007787

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7035 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUMAL LAHCEN

Date de naissance : 27/01/1961

Adresse : Bloc 1 N° 307 Dcheira Aljhadid

El NEGLANE

Tél. : 06 66 71 69 70 Total des frais engagés : 1371 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور القباسي عزيز الدين  
DR. EL KHASSI AZEDDINE  
CHIRURGIEN ROPHIE - ANDROLOGUE  
IMM. SALAM CENTER RUE DE FES B107

29/11/2023 22 89 89

Nom et prénom du malade : OUMAL LAHCEN Age : 61 ans.

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION UROLOGIQUE

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 : ACCUEIL Le : 27 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-07787

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7035

Nom de l'adhérent(e) : OUMAL LAHCEN

Total des frais engagés : 1371 DH

Date de dépôt :

## 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                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29 NOV. 2023    | Deb hystétre      |                       | 100,00                          | DR. F. KASSI CHIRURGIEN UROLOGUE ANESTHÉSIOLIMM. SALAM CENTER AUE DLY FES TÉL: 05 28 22 89 89 |

## **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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire d'Analyses Médicales<br>Dr. EL KAISSOUNI Jamal<br>5, AV. des FAR Chaleis Inezgane<br>Tél/Fax: 05 28 33 39 75 | 30/11/83 | B86.0                        | 941                    |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

18570

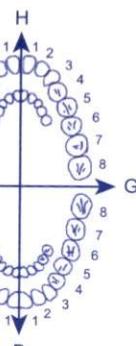
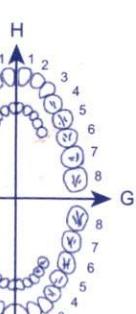
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient |   |
|--|---|---|-------------|---|
|   |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|  |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/>       |
|  |   |   |             | FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|  |   |   |             | DATE DU DEVIS<br><input type="text"/>           |
|  |   |   |             | DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR EL KIASSI AZEDDINE**

**CHIRURGIEN UROLOGUE - ANDROLOGUE**

LAUREAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CASABLANCA  
MEMBRE DE L'ASSOCIATION EUROPÉENNE D'UROLOGIE (EAU)



**الدكتور القىاسى عزالدين**

أخصائى أمراض و جراحة الكلى و المسالك البولية و التناسلية

طبيب كلية الطب بالدار البيضاء

مساكنه بالدار البيضاء (جراحت المسالك البولية)

الجراحة و الفحص بالمنظار للمسالك البولية والتناسلية، التفتيت بدون جراحة لحصى الكلى و المسالك البولية  
سرطان الكلى و المثانة و البروستات، السلس البولي، العقم و العجز الجنسي، جراحة الفتق، الختان، الفحص بالصدى

CHIRURGIE ET ENDOSCOPIE DES REINS ET DES VOIES UROGÉNITALES. LASER PROSTATE.  
LITHOTRIPSIE ET LASER DES CALCULS URINAIRES. CANCÉROLOGIE UROGÉNITALE. STATIQUE  
PÉLVIANNE ET INCONTINENCE URINAIRE. INFERTILITÉ MASculINE ET IMPUSSANCE SEXUELLE.  
CHIRURGIE DE L'HERNIE. CIRCONCISION. ECHOGRAPHIE. DÉBIMÉTRIE.

AGADIR, LE : 29/11/2023 ————— أكادير، في :

**Mr OUMLAL LAHCEN**

**Note d'honoraire**

| Désignation              | Montant |
|--------------------------|---------|
| DEBIMETRIE               | 400,00  |
| Total Honoriaires en MAD | 400,00  |

الدكتور القىاسى عزالدين  
DR. EL KIASSI AZEDDINE  
CHIRURGIEN UROLOGUE - ANDROLOGUE  
IMM. SALAM CENTER RUE DE FÈS B107  
TEL: 05 28 22 89 89

عمراء سلام سنتر، زنقة فاس الطابق الاول رقم 107 الحي الصناعي أكادير  
IMMEUBLE SALAM CENTER, RUE DE FÈS, B107 1ER ÉTAGE. QUARTIER INDUSTRIEL AGADIR.

05 28 22 89 89 06 61 48 70 84 urologiesalamcenter@hotmail.com

Patente : 48106839

IF : 99003041

ICE : 003133055000051

## DOCTEUR EL KIASSI AZEDDINE

## **CHIRURGIEN UROLOGUE - ANDROLOGUE**

**Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Membre de l'Association Européenne d'Urologie (EAU)**



الدكتور القياسي عزالدين

أخصائي أمراض و جراحة الكلى و المسالك البولية و التناسلية

1

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

الجراحة و الفحص بالمنظار للمسالك البولية والتناسلية، التفتت بدون جراحة لحصى الكلى و المسالك البولية سرطان الكلى و المثانة و البروستات، السلس البولي، العقم و العجز الجنسي، جراحة الفتق، الختان، الفحص بالصدري

**CHIRURGIE ET ENDOSCOPIE DES REINS ET DES VOIES UROGÉNITALES. LASER PROSTATE.  
LITHOTRIPSIE ET LASER DES CALCULS URINAIRES. CANCÉROLOGIE UROGÉNITALE. STATIQUE  
PELVIENNE ET INCONTINENCE URINAIRE. INFERTILITÉ MASCULINE ET IMPUSSANCE SEXUELLE.  
CHIRURGIE DE L'HERNIE. CIRCONCISION. ECHOGRAPHIE. DÉBIMÉTRIE.**

AGADIR, LE : 29/11/2023 أڭادير، فی :

**Mr OUMLAL LAHCEN**

### Faire S.V.P;

NFS

## Glycémie à jeun

HgA1c

## Urée Créatinine

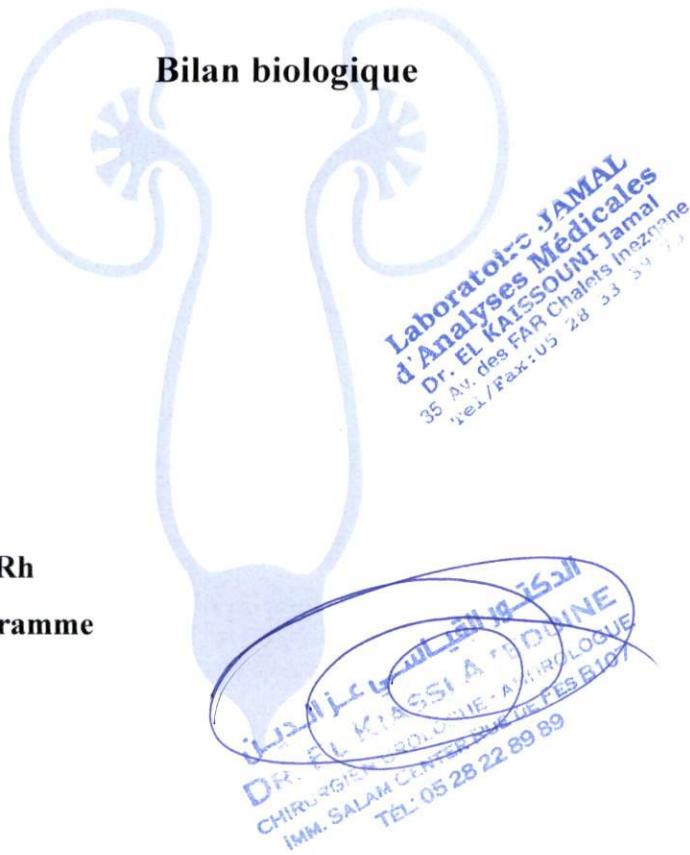
TP

TCA

## Groupage ABO - Rh

## **ECBU + Antibiogramme**

## PSA Total



عمارة سلام سنتر، زنقة فاس الطابق الاول رقم 107 الحي الصناعي أكادير  
IMMEUBLE SALAM CENTER, RUE DE FÈS, B107 1ER ÉTAGE. QUARTIER INDUSTRIEL AGADIR.

5 28 22 89 89 06 61 48 70 84 urologiesalamcenter@hotmail.com

— 55 — 2022-09-07 10:00:15 UTC — <http://www.gutenberg.org/cache/epub/1/pg1.html>

Patente : 48106839

IF-99003041

ICE:003133055000051

## MMS Flowmaster: Débit urinaire

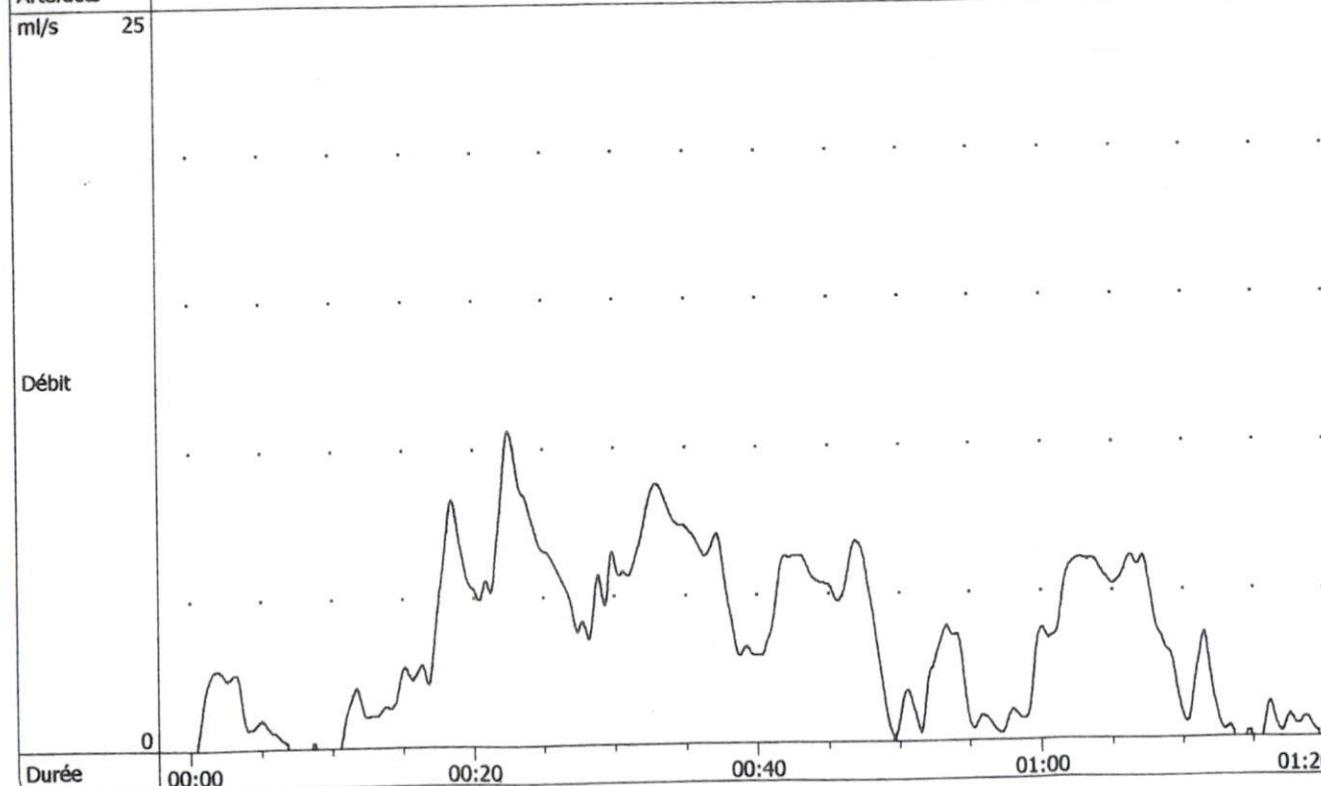


Sexe: Homme  
Date de naissance: 27/01/1961  
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 29/11/2023 / 16:03  
Numéro d'examen: 1  
Hôpital: MMS, the Netherlands

Imprimer date/heure: 29/11/2023 / 16:06  
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE22-9FLMB2058

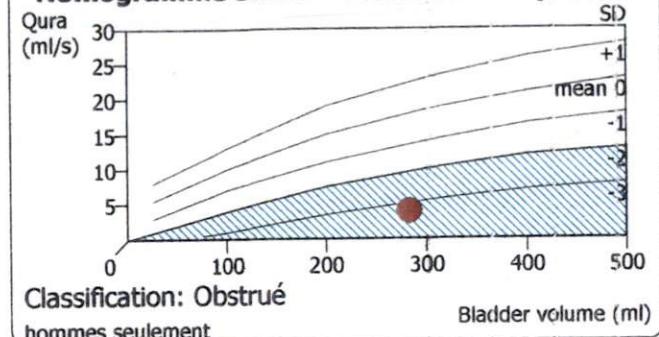
## Artefacts



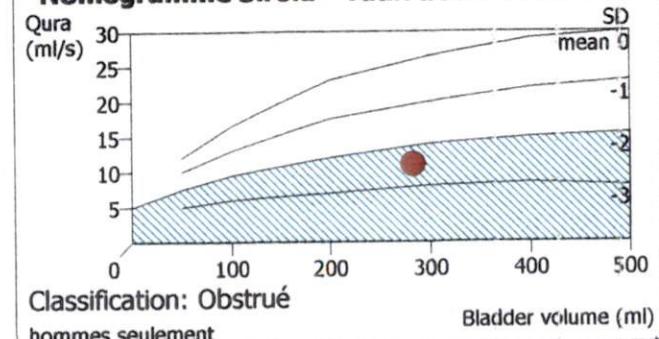
## Résultats

Taux débit moyen : 3,8 ml/s  
Taux débit maximum : 10,7 ml/s  
Temps pour Débit max : 22,0 s  
Volume uriné : 283,3 ml  
Durée du Débit : 71,6 s  
Durée de la miction : 78,9 s  
Intervalles : 3

## Nomogramme Siroki - Taux débit moyen



## Nomogramme Siroki - Taux débit maximum



## Commentaires

RPM = 0

الدكتور إل كياس فيصل الدين  
DR. EL KIASSI AZEDDINE  
CHIRURGIEN UROLOGIE - ANDROLOGUE  
H.M. SALAM CENTER RUE DE FES B107  
TÉL: 05 28 22 89 89

**LABORATOIRE JAMAL D'ANALYSES MEDICALES**  
 1 AV DES FAR, LES CHALETS, 86350 INEZGANE. Tél/Fax : 05.28.33.39.75  
 PAT 49300046 INP 043001239 IF 76936360×ICE 1626255000008

Assuré

Bénéficiaire : Mr OUMLAL Lahcen  
 FACTURE N° 2311302023

Prescripteur : DR AZEDDINE EL KIASSI  
 Facturé le : 30/11/2023

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                            | Val  | Clefs |
|------|------------------------------------|------|-------|
| PSA  | Prélèvement sang adulte            | E25  | E     |
| 0111 | Créatinine                         | B30  | B     |
| 0118 | Glycémie                           | B30  | B     |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée             | B100 | B     |
| 0135 | Urée                               | B30  | B     |
| 0216 | Numération formule                 | B80  | B     |
| 0229 | Groupe ABO Rhésus                  | B60  | B     |
| 0236 | Taux de prothrombine               | B40  | B     |
| 0239 | Temps de céphaline: TCK            | B40  | B     |
| 0241 | Cytologie, culture, identification | B90  | B     |
| 0361 | PSA                                | B300 | B     |
|      | Antibiogramme                      | B60  | B     |

|              |     |                 |         |
|--------------|-----|-----------------|---------|
| Total<br>B : | 860 | TOTAL DOSSIER : | 971 Dhs |
|--------------|-----|-----------------|---------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent soixante et onze dirhams



# مختبر جمال لتحليلات الطبية

## Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMVI
- Evaluateur Technique COFRAC ISO 15189

- رسالة إحيائي**
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم الميكروبيولوجيا وعلم التقديرة
  - دكتور في علم الصحة والبيولوجيا
  - دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
  - دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
  - مفتتش «ايرك» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
  - دبلوم مفتتش الجودة في التحاليل الطبية
  - محاضر في جامعة محمد السادس
  - مفتتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

الدكتور جمال القيسيوني Dr. Jamal ELKAISSOUNI

Prescripteur : Dr EL KIASSI Azeddine  
Ville : AGADIR



Mr OUMLAL Lahcen  
DDN : 27/01/1961  
Ville : dcheira

Dossier n°: 2311302023    Enregistré le : 30/11/2023 à 08:15,    Edité le : 02-12-2023 à 11:14

-----Compte Rendu d'Analyses-----

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex 4000i)

|               |      |             |             |      |
|---------------|------|-------------|-------------|------|
| Hématoctite : | 47.6 | %           | (40.0–52.0) | 43.6 |
| Hémoglobine : | 15.6 | g/100ml     | (13.0–18.0) | 14.8 |
| Hématocrite : | 51.4 | millions/ml | (4.20–6.00) | 4.77 |
| VGM :         | 92.6 | µl          | (80.0–98.0) | 91.4 |
| TCMH :        | 30.4 | pg          | (26.0–34.0) | 31.0 |
| CCMH :        | 32.8 | %           | (30.0–36.0) | 33.9 |

#### NUMERATION ET FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                  |           |                  |                |       |
|------------------|-----------|------------------|----------------|-------|
| LEUCOCYTES :     | 6 320     | /mm <sup>3</sup> | (4 000–10 000) | 12970 |
| PNN :            | 52 % soit | /mm <sup>3</sup> | (2 000–7 500)  | 10246 |
| P.Eosinophiles : | 2 % soit  | /mm <sup>3</sup> | (<500)         | 0     |
| P.Basophiles :   | 0 % soit  | /mm <sup>3</sup> | (0–100)        | 0     |
| Lymphocytes :    | 38 % soit | /mm <sup>3</sup> | (1 500–4 000)  | 1946  |
| Monocytes :      | 8 % soit  | /mm <sup>3</sup> | (100–800)      | 778   |

#### NUMERATION PLAQUETTAIRE

|              |         |                  |                   |        |
|--------------|---------|------------------|-------------------|--------|
| Plaquettes : | 189 000 | /mm <sup>3</sup> | (150 000–400 000) | 151000 |
|--------------|---------|------------------|-------------------|--------|

## HEMOSTASE

### TAUX DE PROTHROMBINE

21/06/2017

|   |      |      |                |
|---|------|------|----------------|
| Temps du Témoin:  | 13.3 | sec. | 12.8           |
| Temps du Patient:   | 12.0 | sec. | 13.0           |
| Taux de Prothrombine<br>(Réactif HemosIL RecombiPlasTin 2G Technique<br>chronométrique) | 100  | %    | (70–100)<br>97 |

### TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

21/06/2017

|                  |      |      |                     |
|------------------|------|------|---------------------|
| Temps du témoin  | 30.0 | sec. | 30.0                |
| Temps du patient | 31.2 | sec. | (24.0–36.0)<br>30.0 |

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE Echantillon sérique

12/07/2023

|  |             |        |             |      |
|--|-------------|--------|-------------|------|
| Glycémie à jeun #<br>(Hexokinase G6PD-H) | <u>1.29</u> | g/L    | (0.70–1.10) | 1.27 |
|  | <u>7.2</u>  | mmol/L | (3.9–6.1)   |      |

12/07/2023

|                                     |             |     |             |      |
|-------------------------------------|-------------|-----|-------------|------|
| Urée<br>(Test cinétique à l'uréase) | <u>0.33</u> | g/L | (0.10–0.50) | 0.28 |
|-------------------------------------|-------------|-----|-------------|------|

12/07/2023

|  |            |        |             |      |
|--|------------|--------|-------------|------|
| Créatinine<br>(Méthode de jaffé cinétique) | <u>9.7</u> | mg/L   | (4.0–13.0)  | 10.5 |
|  | 74.0       | μmol/L | (30.5–99.2) |      |

12/07/2023

|                            |    |        |    |
|----------------------------|----|--------|----|
| Clairance de la créatinine | 96 | mL/min | 87 |
|----------------------------|----|--------|----|

DFG calculé selon la formule MDRD :  
 - Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min  
 - Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min  
 - Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min

12/07/2023

|                    |     |   |     |
|--------------------|-----|---|-----|
| HbA1c<br>(G8Tosoh) | 6.6 | % | 6.6 |
|--------------------|-----|---|-----|

INTERPRETATION:  
 <6 non diabétique  
 6,5–8 bon contrôle  
 >8 mauvais contrôle

## IMMUNO-HEMATOLOGIE Echantillon plasma EDTA

### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires pour que la carte de groupe sanguin soit définitive.

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Groupe sanguin ABO | O       |
| Rhésus (D)         | Positif |

# مختبر جمال للتحاليل الطبية

## Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Audit Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMLAL
- Evaluateur Technique COFRAC ISO 15189

- صيدلي إحيائي
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم الميكروبولوجيا وعلم التقديرة
- دكتور في علم الصحة والبيولوجيا
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتش «أيركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس 15189
- مفتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

الدكتور جمال القيسيوني Dr. Jamal ELKAISSOUNI

### MARQUEURS TUMORAUX

Echantillon sérique

10/01/2023

PSA total  
(Dosage CMA)

0.58 ng/mL (<4.00)

0.53

### BACTERIOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

##### CARACTERES GENERAUX:

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Couleur              | Jaune or           |
| Aspect               | Légèrement trouble |
| pH                   | 5 (5-8)            |
| Recherche d'Albumine | Négative           |
| Recherche de Glucose | Négative           |
| Recherche d'Acetone  | Négative           |
| Recherche de Sang    | Négative           |

##### EXAMEN DU CULOT:

|           |  |
|-----------|--|
| Cylindres | Absence                                  |
| Levures   | Absence                                  |
| cristaux  | Quelques cristaux d 'Oxalates de Calcium |
| Parasites | Absence                                  |
| Germes    | Absence                                  |

##### CYTOLOGIE:

|                       |            |           |       |
|-----------------------|------------|-----------|-------|
| Cellules Epithéliales | <1 000 /ml | -         | <1000 |
| Leucocytes            | 1 000 /ml  | (<10 000) | 1000  |
| Hématies              | <1 000 /ml | (<1 000)  | 37000 |
| Cellules Rondes       | <1 000 /ml | -         | <1000 |

##### CULTURE:

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Sur milieux enrichis  | Stérile |
| Sur milieux sélectifs | Stérile |

##### CONCLUSION:

Urides stériles

Dossier validé par : Jamal EL KAISSOUNI

Laboratoire JAMAL  
L'Analyses Médicales  
Dr. ~~J. L. KAISSOUNI~~ Jamal  
5, Av. des Chalets Inezgant  
Tél/Fax: 05 28 33 39 75

