

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 W19-458653

MB 19601

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

251B

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 1951

Adresse : 11, RUE GAFAIT OUEDRA 60000

Tél. : 0661 60 46 98

Total des frais engagés : 1859,00 - Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2020

Nom et prénom du malade : MEZZOURH Mohamed Seghir Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : lésion hypogloïde prostatite

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.

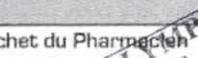
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SANTUSSA 55, Rue Sidi Bou Saïd Casablanca Tel.: 05 22 24 63 75 Tel./Fax : 05 22 24 38 45	10/11/2020	659,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ... Chirurgien ... Assistant ... الدكتور ... الجراح ... مساعد ... 01.05.2022 05.22.2022	15/01/22	500 Fr	400 dt

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	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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		00000000	00000000	G		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D		00000000	00000000															
	B		00000000	00000000															
	G		35533411	11433553															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Dr. Badredine DASSOULI
Chirurgien-Urologue

Reins, Vessie, Prostate

Endoscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire
Impuissance, Infertilité, Organes génitaux



الدكتور بد الدين داسولي

اختصاصي في امراض و جراحة

المسالك البولية و التناسلية

الصلي، المثانة، البروستات

الجراحة بالمنظار، تحسير الحصى بالأشعة

السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : الدار البيضا، في :
Le : mer. 15/01/2020

MEZZOURH Mohammed Seghir

LOT 191610
EXP 06/21
PPV 170.00 DH



2x 170.00 1) OFIKEN 200 cp

1 cp matin et soir pd 16J

LOT 190502
EXP 12/2020
PPV 121.40 DH



2x 98.80 3) NEOFORTAN 160

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 980H80
EXP 11/2022
LOT 98044 2

1CP MATIN MIDI ET SOIR 5J



121.40 4) UMAX 0.4 MG

1 CP LE MATIN PD 1 MOIS

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 980H80
EXP 11/2022
LOT 98044 2

659.00 RV 15J



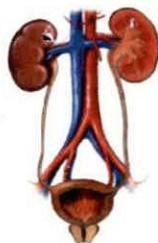
Dr. D. *Badredine*
Chirurgien Urologue
دكتور بد الدين داسولي
اختصاصي في المسالك البولية و التناسلية
Tél: 05.22.24.63.75
Fax : 05.22.24.38.21

LOT 192595 1
EXP 11/21
PPV 170.00 DH

Dr. Badredine DASSOULI
Chirurgien-Urologue

Reins, Vessie, Prostate

Endoscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire
Impuissance, Infertilité, Organes génitaux



الدكتور بدر الدين داسولي

الخبير في أمراض و جراحة
المجال البولية والتناسلية

الخلوي، المثانة، البروستات

الجراحة بالمنظار، تحسيير الحصى بالأشعة
السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : 15/01/2020 الدار البيضا، في:

MEZZOURH Mohammed Seghir

NOTE D'HONORAIRE

Consultation spécialisée	200 Dh
Echographie urinaire	400 Dh
Total	600 Dh

La présente note d'honoraire est arrêtée à
la somme de : SIX CENTS Dirhams.

Dr. D. DASSOULI
Chirurgien Urologue
دكتور ب. داسولي
الخبير في المجال البولية والتناسلية
التاريخ : 05.22.2014

Prêt...

Laboratoire Technologie Médicale
DÉBITMÉTRE UROCAP-TIT
V5.10

Patient: El ZZOUREH Mohamed Sefhir

Docteur: Dr. B. DASSOULI
Chirurgien Urologue

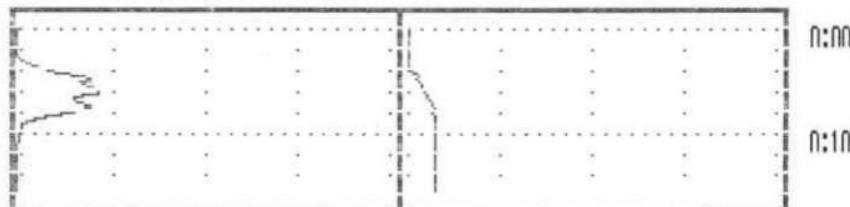
Cabinet: دا سولسي

Spécialité: اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية

Sexe: ♂ Tél: 05.22.20.44.54

Date: 15/6/11 Heure:

Débit	Volume
Echelle réelle	Echelle réelle
40 ml/s	600 ml



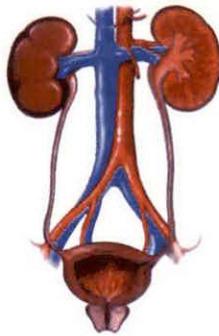
Sommaire de Débitmétrie

	Patient	M%	F%
Débit Maximum:	8 ml/s		
Débit Moyen:	7 ml/s		
Durée d'évacuation:	6 sec		
Durée du débit:	6 sec		
Temps au débit Max.:	3 sec		
Volume évacué:	43 ml		

Volume résiduel: ml

Commentaires:

14



Casablanca, le :

mer. 15/01/2020

الدار البيضاء في:

COMPTE RENDU DE L'APPAREIL URINAIRE

MEZZOURH Mohammed Seghir

Cet examen est réalisé à l'aide d'un échographe doppler couleur « MINDRAY DC6 expert ».

INDICATION :douleur pelvienne.

- Les deux reins de tailles normales de contours réguliers de bonne différentiation cortico-médullaire
- Le rein droit mesure 10.03 cm dont le cortex est 1.92 cm.
- Le rein gauche mesure 11.33 cm dont le cortex est de 1.59 cm.
- Vessie de bonne capacité transsonique à paroi régulier sans image suspecte.
- Prostate homogène de taille 32g légèrement hypertrophiée.
- Résidu post mictionnel 14 cc.

CONCLUSION :

- Légère hypertrophie prostatique.

*Dr. D. DASSOULI,
Chirurgien Urologue
دكتور ب. داسولي
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية
Tél : 05 22 20 44 54*

