

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

- 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel. : 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° W19-458653

19601

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 1951

Adresse : 4, RUE GAFAT OUIDA 60000

Tél. : 0661604698 Total des frais engagés : 1259,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. D. D. D.
Chirurgien Urologue
دكتور د. د. د.
تخصص في المسالك البولية والتناسلية
Tél : 05 22 70 44 5

Date de consultation : 15/01/2020

Nom et prénom du malade : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : lésion hypertrophique prostatique

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 : / /

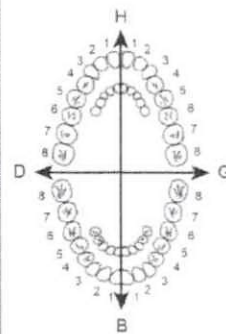
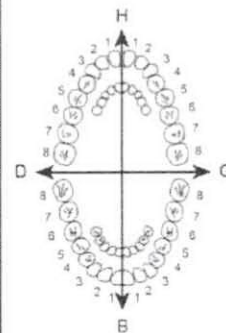
Signature de l'adhérent(e) :

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
15/01/2020			2000 dh	INP : 00000000

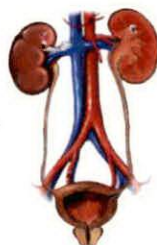
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BELVÉDÈRE 55 Rue Sidi El Bacha Belvédère - Casablanca Tel : 05 22 24 63 75 Tél/Fax : 05 22 24 38 45	15/01/2020	659,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. D. Chirurgical 05 22 24 38 45	15/01/2020	00000000	4000 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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>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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Badredine DASSOULI
Chirurgien-Urologue



الدكتور بدر الدين داسولي

اختصاصي في امراض و جراحة
المسالك البولية و التناسلية

Reins, Vessie, Prostate

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

الكلبي. المثانة. البروستات

الجراحة بالمنظار. تكبير الحصى بالأشعة
السلس البولي. العجز الجنسي. العقم. الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : 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

2x 98.80 2) NEOFORTAN 160



1CP MATIN MIDI ET SOIR 5J

121.40 4) UMAX 0.4 MG



659.00 1 CP LE MATIN PD 1 MOIS

RV 15J

LOT 190502
EXP 12/2020
PPV 121.40 DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2022
LOT 98044 2

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2022
LOT 98044 2

LOT 192395 1
EXP 11 21
PPV 170.00 DH

PHARMACIE OLYMPIA
55 Rue Sijilmassa
Belvédère - Casablanca
Tél.: 05.22.24.63.75
Tél/Fax : 05.22.24.38.21

Dr. B. DASSOULI
Chirurgien Urologue
دكتور ب. داسولي
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية
Tél : 05.22.20.44.54

Dr. Badredine DASSOULI
Chirurgien-Urologue

Reins, Vessie, Prostate

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



الدكتور بدر الدين داسولي

اختصاصي في امراض و جراحة
المسالك البولية و التناسلية

الكلبي. المثانة. البروستات

الجراحة بالمنظار. تكسير الحصى بالأشعة

السلس البولي. العجز الجنسي. العقم. الجهاز التناسلي

Casablanca, Le :15/01/2020.....: الدار البيضاء، 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 بدر الدين داسولي
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية
05.22.20.44.54

Prêt...



Laboratoire Technologie Médicale
DERITMETRE UROCAP-III
V5.10



Patient: **M. ELZOUH** *Johammed Sefhir*

Docteur: **Dr. B. DASSOULI**
Chirurgien Urologue

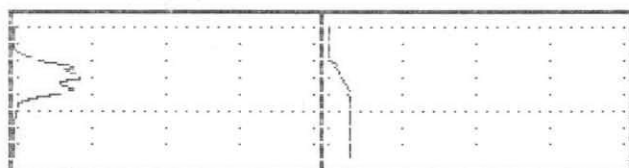
Cabinet: **دكتور ب. داسولسي**

Sexe: **M** *اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية*
Tél: 05.22.20.44.54

Date: **15/01/2022** Heure:

Débit
Echelle réelle
40 ml/s

Volume
Echelle réelle
600 ml



0:00

0:10

Sommaire de Débitmétrie

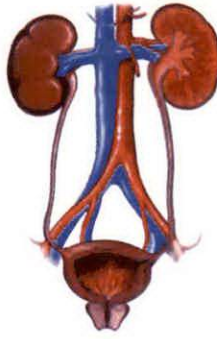
	Patient	M%	F%
Débit Maximum:	8 ml/s		
Débit Moyen:	7 ml/s		
Durée d'évacuation:	6 sec		
Durée du débit:	6 sec		
Temps au débit Max.:	3 sec		
Volume évacué:	43 ml		

Volume résiduel:

ml

Commentaires:

14



Casablanca, le : **الدار البيضاء في:**
mer. 15/01/2020

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 différenciation 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 بدر الدين داسولي
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية
Tél : 05.22.20.44.54

