

## 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

- 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 - Quar 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° W19-537004

ND: 24995

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 406

Matricule : 406 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HILAL M'HANED

Date de naissance : 1-1-1934

Adresse : 25 Nabraba Rue 27 N100 CASA

Tél : 06 9767 8607 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MEZZOUR Mohamed Hicham  
Chirurgien Urologue  
Ed Jabrane Khalil Jabrane  
California 2. Lot 1. App N° 1 El Jadida  
Tél : 0523355124

Date de consultation : 05/10/2019

Nom et prénom du malade : Hilal M'HANED

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

Nature de la maladie : Retention aiguë de l'urine

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.

Le : 08 JUN 2020

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
05/05/22	Vs	3.00	1500	
05/05/22	Chirurgie	1.00	1500	
05/05/22	Chirurgie	1.00	1500	

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
MEZZOUR Mohamed	05/05/22	8.00	400
Chirurgien Urologue	05/05/22	1.00	1500

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

**VOLET ADHERENT**

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

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 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. 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														





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Casablanca le

04/05/2020

Mr: HILAL Mohammed

- Groupage
- Innogramme Complet.
- TP, Tck

P<sup>re</sup> HASSOUNE JALAL

Né le 01/01/1934



0050

A coller sur l'ordonnance

**Laboratoire G Lab**  
Accueil 2  
93 Boulevard Anoual - Casablanca  
Tel: 05 22 85 09 10 - Fax: 05 22 85 09 05  
TP: 36336941

F. Poché à 11h  
P<sup>re</sup> HABBA  
A. itoge



090004029

Casablanca le: 04/05/2020

M HILAL GHANOU

ECG



090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Casablanca le :

04/10/2020

M. HILAL ALHANNAN

04 Culoit Globulaire

+

GROUPAGE



090004029

**FACTURE N° : 2005042015**

Casablanca le 04-05-2020

**Mr Mohamed HILAL**

Demande N° 2005042015

Date de l'examen : 04-05-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0120	Ionogramme complet( Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B160	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 430 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirhams

**Laboratoire G Lab**  
Accueil 2  
93 Boulevard Anoual - Casablanca  
Tel: 05 22 85 09 10 - Fax: 05 22 86 09 95  
TP: 36336941



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Casablanca Le : 08/05/2020

**Facture N° 1731/20**

Etablie par SAMIRA BAF/CAISSE Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X0E081706

N° Identifiant : 2001392/20

**Nom & Prénom : HILAL M'HAMED**

C.I.N. : B334493

Date Début : 04/05/2020

Date Fin : 08/05/2020

Adresse : CITE MBREF RUE 27 NO 108 CASABLANCA

Traitement : Depose de prothese

Médecin : HASSOUN JALAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACCOMPAGNANTS</b>					
Accompagnant	1	200,00			200,00
Total Rubrique :					200,00
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>					
Echographie	1	200,00			200,00
Ecg	1	150,00			150,00
Total Rubrique :					350,00
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie	1	441,45	en sus		441,45
Total Rubrique :					441,45
<b>PHARMACIE</b>					
Acte chirurgical	1	600,00	cysto		600,00
Total Rubrique :					600,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>1 591,45</b>
<b>ACTES EXTERIEURS</b>					
CENTRE DE TRANSFUSION	1	1 522,00			1 522,00
LABORATOIRE GLAB	1	430,00			430,00
Total Rubrique :					1 952,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>1 952,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>3 543,45</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Trois mille cinq cent quarante trois Dirhams et quarante cinq Cts

Cachet et signature



## Détail des prospectus et vignettes envoyés

PAGE: 1

Patient HILAL M'HAMED

Dossier N° P0E04407

Date	T	Désignation Produit	Quantité	Prix Unit.	Montant
05/05/2020		ANDOL 1G INJ	2	18,80	37,60
05/05/2020		KEFZOL 1G INJ (01)	2	17,43	34,86
Total journée					72,46
Total Pharmacie					72,46



## Détail du consommable médical à facturer

PAGE: 1

Patient HILAL M'HAMED

Dossier N° P0E04407

Date	Désignation Produit	Quantité	Prix Unit.	Montant
05/05/2020	SONDE DE FOUR CH22 (001)	1	225,00	225,00
Total journée				225,00
Date	Désignation Produit	Quantité	Prix Unit.	Montant
06/05/2020	BROCHE KIRCHNER CH20 (01)	2	72,00	144,00
Total journée				144,00
Total Pharmacie				369,00

Date : 04/05/2020

نتائج التحليلات الطبية  
**Résultats des Analyses Biologiques**

معلومات تخص المريض  
**Information concernant le malade**

Nom : HILAL  
Prénom : MOHAMED  
N° du dossier : 0619491

Première détermination	Deuxième détermination
Date de réception : 04/05/2020 Heure de réception : 13:18 N° du prélèvement : 0074428 Etablissement : 05PRI00167 CLINIQUE YASMINE Service : Réf de demande : N° de séjour : <b>Groupe sanguin : B Positif</b> Phénotype : RAI : Test de coombs : Anti corps Irrégulier :	Date de réception : 04/05/2020 Heure de réception : 13:19 N° du prélèvement : 1074427 Etablissement : 05PRI00167 CLINIQUE YASMINE Service : Réf de demande : N° de séjour : <b>Groupe sanguin : B Positif</b> Phénotype : RAI : Test de coombs : Anti corps Irrégulier :

**Le responsable du laboratoire**

**مسؤول المختبر**



**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000540250

**Date et heure** 04/05/2020 - 17:06  
**Etablissement** CLINIQUE YASMINE (05PRI00167)  
BD SIDI ABDERRAHMANE  
CASA  
20000

**Malade no** 0619491  
**Nom et prenom** HILAL MOHAMED  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002441037

**CGR DON HOMOLOGUE (3H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192445904		B +		1	24/05/2020		250
0005	05192871380		B +		1	04/06/2020		250

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

**Signature responsable**

WAFA.H



**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000540180

**Date et heure** 04/05/2020 - 14:46  
**Etablissement** CLINIQUE YASMINE (05PRI00167)  
BD SIDI ABDERRAHMANE  
CASA  
20000

**Malade no** 0619491  
**Nom et prenom** HILAL MOHAMED  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002441036

**CGR DON HOMOLOGUE (3H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192445963		B +		1	24/05/2020		250
0005	05192446253		B +		1	24/05/2020		250

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

**Signature responsable**

WAFA.H





Edition le Lundi 04 Mai 2020 à 15:58  
CLINIQUE YASMINE  
Bd sidi Abderrahman Hay El Hana

20000 CASABLANCA  
Pr. Jalal HASSOUN - 20000 CASABLANCA  
Résultats de Mr Mohamed HILAL  
Né(e) le 01-01-1934  
Dossier : 2005042015

Mr Mohamed HILAL

Prélevé le : 04-05-2020 à 11:00 par Infirmière Clinique  
Dossier enregistré le: 04-05-2020 à 12:59  
Compte-rendu complet

Intervalles de référence

Antériorités

## INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

### Identité du patient :

*Identité du patient contrôlée sur papiers officiels*

## HEMATOLOGIE

### DETERMINATION DU GROUPE SANGUIN ABO-RHESUS

Groupe sanguin ABO  
(Groupage sanguin technique gel Diaclon ID/Biorad)  
Rhésus (D)

B  
Rh Positif RH+1

Une carte de groupe sanguin n'est délivrée qu'après une deuxième détermination du groupe sur un deuxième prélèvement dans le même Laboratoire. Chaque détermination est réalisée avec deux techniques différentes.

## COAGULATION

### TAUX DE PROTHROMBINE

Temps du Témoin	11.80		
Temps de Quick (TQ) :	13.0	sec	
Taux de Prothrombine (TP) :	78	%	(70-100)
(RecombiPlastin EG, ACL ELITE PRO)			
INR	1.10		
(RecombiPlastin 2G, ACL ELITE PRO)			

*Thromboplastine peu sensible à l'héparine*

LABORATOIRE GLab  
Docteur FILALI Mounir

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI

INPE: 930610

## TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

Temps du Témoin	28.0	Sec.	(28.0–37.0)
Temps du Patient	28.0	Sec.	(28.0–37.0)
(Synthasil, ACL ELITE PRO)			
Ratio Patient / Témoin	1.00		(0.80–1.20)
(Synthasil, ACL ELITE PRO)			

Céphaline sensible aux déficits de la voie contact, endogène, commune, ainsi qu'à la présence d'inhibiteurs.

## BIOCHIMIE SANGUINE

<b>Sodium Na</b>	138.0	mmol/l	(132.0–145.0)
(Potentiométrie indirecte, Konelab 20XTi)			
<b>Potassium K</b>	4.70	mmol/l	(3.50–5.10)
(Potentiométrie indirecte, Konelab 20XTi)			
<b>Chlore Cl</b>	107.6	mmol/l	(95.0–110.0)
(Potentiométrie indirecte, Konelab 20XTi)			
<b>Réserve alcaline</b>	29.2	mmol/l	(22.0–31.0)
(Potentiométrie indirecte, Konelab 20XTi)			
<b>Protéines totales</b>	78.1	g/l	(60.0–80.0)
(Colorimétrie, Konelab 20XTi)			
<b>Calcium</b>	2.34	mmol/l	(2.10–2.60)
(Enzymatique, Konelab 20XTi)	93.8	mg/l	(84.2–104.2)

### Prélèvement à Domicile

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire **G Lab** a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiène en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

#### Contact :

Tél. + 212 522 86 09 10

E-mail : contact@glab.ma

**LABORATOIRE G Lab**  
Docteur FILALI Mounir  
93, Boulevard Anoual  
93061091 - TP:36336941

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

CASABLANCA, le 05 Mai 2020

**Monsieur HILAL M'HAMED**

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE VESICO-  
PROSTATIQUE ET RENALE**

**INDICATION : Retention aigue d'urines .**

**REIN DROIT** : 7.1/5.5 cm. Bonne différenciation cortico-sinusale. Présence d'un kyste simple médio-rénal. Absence de dilatation des cavités excrétrices ni calculs visibles.

**REIN GAUCHE** : 7.1/4.5 cm. Bonne différenciation cortico-sinusale. Absence de dilatation des cavités excrétrices ni calculs visibles.

**VESSIE** : de bonne capacité, à parois épaissies et à contenu transonore, absence de formations endoluminales ni calculs visibles.

**PROSTATE** : d'échostructure hétérogène , de 2x3.3x2.4 soit un volume de 10 grammes.

Important résidu post mictionnel estimé à 160 cc.

**Conclusion :**

- Kyste simple du rein droit.
- Prostate de poids normal avec retentissement en amont (RPM à 160 cc).

Dr. MEZZOUR Mohamed Hicham

Chirurgien

**DR MOHAMED HICHAM MEZZOUR**

California 2 : lot 1. App N° 1 El Jadida

Tél : 0523355124



090004029







## CLINIQUE YASMINE

Bd. Sidi Abderrahman  
Hay El Hana - Casablanca  
Tél. : 05 22.39.69.60 ( 5Lignes groupées )  
Fax : 05 22.39.71.19  
E-mail : clinic yasmine@hotmail.com



Docteur : .....

Dr. MEZZOUR Mohamed Hicham  
Chirurgien Urologue  
Jd Jabrane Khalil Jabrane  
California 2. Lot 1. App N° 1. El Jadida  
Tél : 0523355124

## مصحة الياسمين

شارع سيدي عبد الرحمان  
حي الهناء - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22.39.69.60 ( 5 خطوط مشروكة )  
فاكس : 05 22.39.71.19

Casablanca, le : 26/05/2012

## ECHOGRAPHIE



## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Nom & Prénom :

M. HILAL N'HADIS

Âge :

Sexe :

Médecin opérateur & INP :

Diagnostic :

retention d'urine - Echo de Dr. Agnès  
voir ci.

Type d'intervention :

Cystostomie à minima

Date d'intervention :

05/05/2023

Le corps du CRO :

- sous Anesthésie locale.
- Repérage échographique.
- Incision sous-périnéale à 2 travers  
de doigt.
- Introduction de Kit de Cystostomie
- Drainage des urines - retrait de  
mandrin.
- Pose de la Cystostomie à  
nyctamb.
- Pansement.
- Recueil de la poche de  
Cystostomie à la poche  
ultra-cis.