

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058094

74721

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OTHMANI Azzouj

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



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20-

00050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAÏRI A22002

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : Deb widad n° F48 Hay Hassan

Tél. : Total des frais engagés : 1919,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/05/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Lithase de l'urètre pelvien

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Prostate

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
24/05/21	Cs		2000	<p>Chirurgien Urologue</p> <p>دكتور ب. داسولي</p> <p>تخصص في المسالك البولية والتناسلية</p> <p>Tel : 05.22.20.44 54</p>
	Amputation		1000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Al Boustane</p> <p>580, Bd Jomhama Derb El Widad</p> <p>HAY HASSANI - CASABLANCA</p> <p>Tel : 05 22 90 33 97</p>	24/05/21	200.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Pharmacie Al Boustane</p> <p>580, Bd Jomhama Derb El Widad</p> <p>HAY HASSANI - CASABLANCA</p> <p>Tel : 05 22 90 33 97</p>	24/05/21	ECHO - urinaire	4000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

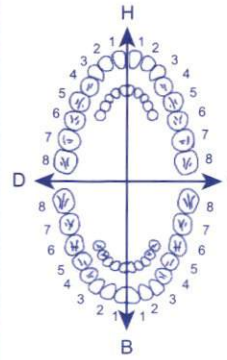
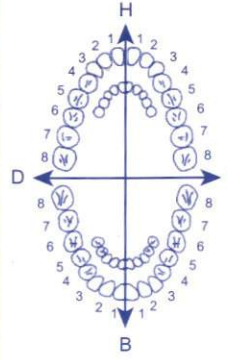
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXECUT

**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، تكبير الحصى بالأشعة

السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : .....: الدار البيضاء، في :

Le : jeu. 10/06/2021

**EL OIRDI Azzouz**

139.50

1) ERAXIN 500

1 CP /J PD 30J



PHARMACIE AL BOUSTANI  
Houidi BELHOUICINE  
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 97

139.50 x 2  
279.00  
Gde. Pharmacie de Paris  
Monsieur NASSIF Nassif  
60, Rue du 11 Novembre 1918 - Casa  
Tél. : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

PHARMACIE AL BOUSTANI  
Houidi BELHOUICINE  
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 97

PPV : 139,50  
LOT :  
PER :

79, Angle Bd Anfa, & Rue Jbir Bnou Hayane (en face de la Commune Sidi Belyout)

79, rue Jabir bnou Hayane - Tél.: 0522 20 44 54 - Gsm: 06 63 61 99 69

E-mail : bdassouli@gmail.com

إقامة كازا أنفا، شارع أنفا (مقابل جامعة سحدي بليوط)

79، زنقة جابر ابن حيان - الهاتف : 0522 20 44 54

المحمول : 0663 61 99 69



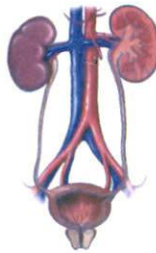
Dr. Badredine DASSOULI

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

الكلي. المثانة. البروستات

الجراحة بالمنظار. تكبير الحصى بالأشعة

السلس البولي. العجز الجنسي. العقم. الجهاز التناسلي

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في :

Le : lun. 24/05/2021

EL OIRDI AZZOUZ

74,80 x 3 = 224,40

1) SEPCEN 500 cp

1/ cp matin et soir pd 15J

2) DIINDO SUP 100

1 SUP/J PD 6J

3) UMAX 0.4 MG

1 CP SOIR PD 3 MOIS

4) OZIL PLUS

GEL / J

5) NEOFORTAN 160

1 CP MATIN MIDI ET SOIR PD 7J

RV 15J

79, Angle Bd Anita, & Rue Jbir Bnou Hayane (en face de la Commune Sidi Belhout)

79, rue Jabir bnou Hayane - Tél.: 0522 20 44 54 - Gsm : 06 63 61 99 69

E-mail : bdassouli@gmail.com

إقامة كازا انقا. شارع أنفا (مقابل جماعة سيدي بليوط)

79, زنقة جابر ابن حيان - الهاتف : 0522 20 44 54

المحمول : 0663 61 99 69

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 01/2024  
LOT 0ND33

LOT:05021001  
PER:01/2024  
PPV:74.80 DH

LOT:05021001  
PER:01/2024  
PPV:74.80 DH

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 12/2023  
LOT 00021 4

LOT 210228  
EXP 08/2022  
PPV 121.40DH

LOT 210228  
EXP 08/2022  
PPV 121.40DH

**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 : ..... lun. 24/05/2021 : **الدار البيضاء، في :**

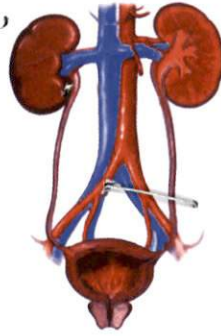
**EL OIRDI Azzouz**

**NOTE D'HONORAIRE**

Consultation spécialisée	200 Dh
débimétrie	100 Dh
Echographie urinaire	400 Dh
Total	700 Dh

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

Chirurgien Urologue  
دكتور بدر الدين داسولي  
المسالك البولية والتناسلية  
Tél : 0522 20 44 54  
Gsm : 06 63 61 99 69



Casablanca, le : ..... lun. 24/05/2021 **الدار البيضاء في:**

## COMPTE RENDU DE L'APPAREIL URINAIRE

### EL OIRDI Azzouz

*Cet examen est réalisé à l'aide d'un échographe doppler couleur  
«GENERAL ELECTRIC P5 ».*

#### INDICATION :colique nephretique droit.

- Les deux reins de tailles normales de contours réguliers de bonne différenciation cortico-médullaire
- Le rein droit mesure 8.93 cm dont le cortex est 2.03 cm avec la présence d'un petit kyste.
- Le rein gauche mesure 9.01 cm dont le cortex est de 1.95 cm avec la présence d'un kyste.
- Vessie de bonne capacité transsonique à paroi régulier, présence d'une lithiase sur l'uretère pelvien.
- Prostate homogène de taille 64g hypertrophiée.
- Résidu post mictionnel 32 cc.

#### CONCLUSION :

- Petit kyste rénal droit.
- Kyste rénal gauche.
- Lithiase de l'uretère pelvien.
- Hypertrophie prostatique avec RPM modéré.

Dr. Badredine DASSOULI  
Chirurgien Urologue  
اختصاصي في المسالك البولية والتناسلية  
Tél : 05.22.20.44.54

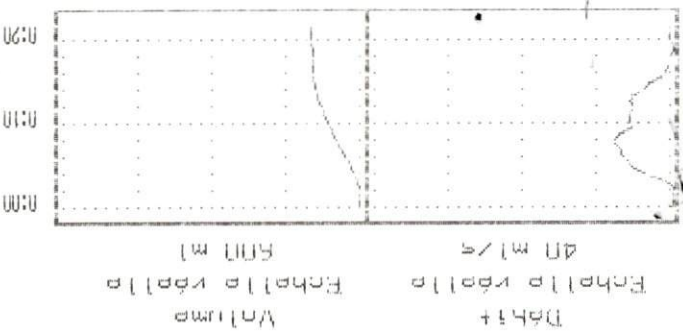


Commentaires: Volume résiduel: 132 ml

Paramètres normaux non disponibles pour volumes inférieurs à 55 ml ou supérieurs à 55 ml.

Summary de Débitmètre

Paramètre	Unité	Valeur
Débit Maximum	ml/s	7
Débit Moyen	ml/s	48
Volume d'évacuation	ml	18
Temps au débit Max.	s	4
Temps au débit	s	18
Volume évacué	ml	95
Patient	M/F	M
F%		41



Patient: **ELORRAT A3803**  
 Doctor: **Dr. B. DASSOULI**  
 Cabinet: **Chirurgien Urologue**  
 Sexe: **M**  
 Date: **24/06/24**  
 Heure: **05.22.20.44.54**

Laboratoire Technologique Médical  
 DÉBITMÈTRE UROCAP-111  
 V5.10