

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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-

74721 058094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OTHAÏD

Azzouz

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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
Prixe 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 caractére 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

Nº M20-

00150

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

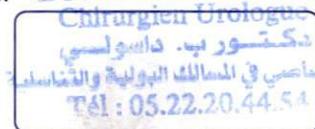
### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1214	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AÏSSI A 22 042			
Date de naissance : 01.01.1951			
Adresse : Dab. viidad. n° F 48 Hay Hassant			
Tél. :		Total des frais engagés :	1919,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : lithiasis de l'urètre, polype prostate

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

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 : ...

Signature de l'adhérent(e) : ...

Le : ... / ... / ...

# 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
24/05/12	Cs		2000	<p>Chirurgien Urologue دكتور بـ. دايسولي محاصي في المسالك البولية والتباشير ٢٤: ٥٢٢٦٠٤٤٥١</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BOUSTANE	10/05/12	300.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Chirurgien	24/05/12	Echo... urinaire	400.00
			CR

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
D	00000000		G
B	00000000		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

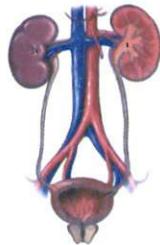
**Dr. Badredine DASSOULI**

**Chirurgien-Urologue**

**Reins, Vessie, Prostate**

**Endoscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire**

**Impuissance, Infertilité, Organes génitaux**



**الدكتور بذر الدين داسولي**

**اختصاصي في أمراض و جراحة**

**المسالك البولية و التناسلية**

**الكلبي، المثانة، البروستات**

**الجراحة بالمنظار، تكميم المجرى بالأشعة**

**السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي**

Casablanca, Le :

Le : jeu. 10/06/2021

**EL OIRDI Azzouz**

139.50

1) ERAXIN 500



1 CP / J PD 30J

*(Handwritten signature)*

PHARMACIE AL BOUSTANI  
Houida BELHOUCINE  
580, Bd Ibn Sina Dera El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tel. : 05 22 90 33 91

*13950 F2*  
*29.00*  
Gde. Pharmacie de Paris  
Maison de la Nature  
60, Rue du 26 Janvier - Mellah - Casablanca  
Tél. : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

PPV : 139,50

LOT :

PER :

PHARMACIE AL BOUSTANI  
Houida BELHOUCINE  
580, Bd Ibn Sina Dera El Widad  
Hay Hassani - CASABLANCA  
Tel. : 05 22 90 33 91

إقامة كازا أنفا، شارع أنفا ( مقابل جماعة سيدى بليوط )

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

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

E-mail : bdassouli@gmail.com

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

المألف : 0663 61 99 69

**Dr. Badredine DASSOULI**

Chirurgien-Urologue

Reins, Vesse, Prostate

Endoscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire

Impuissance, Infertilité, Organes génitaux



**الدكتور بدء الدين داسولي**

اختصاصي في امراض و جراحة

المسالك البولية و التناسلية

الكلم، المثانة، البروستات

الجراحة بالمنظار، تكسير الحصى بالأشعة

السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي

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

Le : lun. 24/05/2021

LOT : 05010  
PER : 01/2021  
PPV : 4.00 DH

**74,80**

**EL OIRDI Azzol.**

$$74,80 \times 3 = 224,40$$

1) SEPCEN 500 cp



LOT 201017  
EXP 03/2022  
PPV 121.40 DH

60,40

1) cp matin et soir pd 15J



2) DIINDO SUP 100

LOT:210020  
PER:01/2026  
PPV:52,80 DH

191,40  $\times$  3 = 364,90

3) UMAX 0.4 MG 1SUP/J PD 6J



59,80

1 CP SOIR PD 3 MOIS



4) OZIL PLUS

48,80

1 GEL / J

800 - 60

NEOFORTAN 160

1 CP MATIN MIDI ET SOIR PD 7J

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

79, rue Jibrir Bnou Hayane - Tél.: 0522 20 44 54 - GSM : 06 63 61 99 69

E-mail : bdassouli@gmail.com

اقامة حازما انقا، شارع أنقا ( مقابل جماعة سيدي بليوط )

نفق جابر ابن مهاب - الهاتف : 0522 20 44 54

المحمول : 0663 61 99 69

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 980H80  
EXP 01/2024  
LOT DN033

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 600H40 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**

**الكلوي، المثانة، البروستات**

**الجراحة بالمنظار، تكسير الحصى بالأشعة**

**السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي**

**Casablanca, Le : ..... lun. 24/05/2021 الدار البيضا، في:**

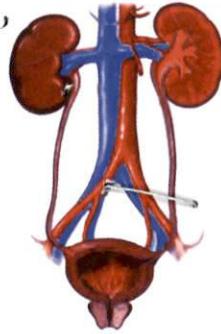
## **EL OIRDI Azzouz**

### **NOTE D'HONORAIRE**

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

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

Dr. Badredine DASSOULI  
Chirurgien-Urologue  
دكتور بدر الدين داسولي  
urologist  
المسالك البولية و التناسلية  
0522 20 44 54 - 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 différentiation 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.

د. بدر الدين داسولي  
Chirurgien Urologue  
المسالك البولية والتناسلية  
Tel: 05.22.20.44.54

144

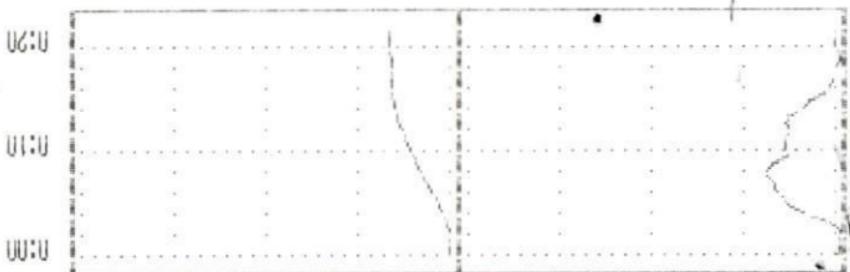
三

W/UTM R&D UNIT

PARAVENTS normaux non dépassant à 55 ml ou supérieurs à 55 ml.

41	41	95	95 ml	Watermark	Watermark
9	9	96	96 pages	Document	Document
99	99	48	48 pages	Maximum	Maximum
-30	-30	18	18 pages	Minimum	Minimum
F2	F2	5%	5%	Partial	Partial

부산+모찌+나로다리 마을마을



• **EXHIBIT 1A** **EXHIBIT 1B**  
• **EXHIBIT 1C** **EXHIBIT 1D**

24/06/2014 HODINER:  
05.22.20.44.54  
EXPO: DIA+P:

Chahinat's  
Trollogue

Durchdringung

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

DEPARTMENT OF HUMANITIES  
JAHANGIR HABIBI MARCH 2011

Technique Techniques Madiha