

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.

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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie : N° P19-0000972

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07365

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESOUSS Hassan Date de naissance : 20/03/1966

Adresse : 77 Rue Hesk Ellile Hay Ennadir Casablanca

Tél. : 0668170431 Total des frais engagés : 860 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. B. DASSOULI

Chirurgien Ophtalmologue

إختصاص في المسالك البولية والتناسلية

Tél : 05.22.20.44.54

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2022

Nom et prénom du malade : DASSOULI Hassan Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du Col de l'utérus

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
31/01/22	Chirurgie		200 dh	
	Dentisterie		100 dh	
	Chirurgie		400 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/1/22	2600.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 :

Veuillez 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

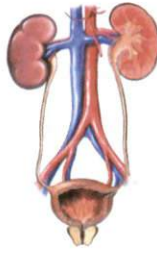
Dr. Badredine DASSOULI

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، القمم، الجهاز التناسلي

Casablanca, Le : : الدار البيضاء في

Le : lun. 31/01/2022



MESSOUDI Hassan

1) CYSPROTECT

1 CP LE MATIN ET SOIR PD 3 MOIS

2) NORMAP

1 CAP MATIN ET SOIR PD 3 MOIS

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Moukoub El Mousour - Casablanca
Tél: 0522 20 44 54

Dr. B. DASSOULI
Chirurgien Urologue
دكتور بدر الدين داسولي
اختصاصي في امراض و جراحة
المسالك البولية و التناسلية

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 :: **الدار البيضاء، في :**

lun. 31/01/2022

MESSOUDI Hassan

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.

Dr. B. DASSOULI
Chirurgien Urologue
دكتور بدر الدين داسولي
تخصصي في المسالك البولية والتناسلية
Tél : 05 22 20 44 54



Casablanca, le : lun. 31/01/2022 **الدار البيضاء في:**

COMPTE RENDU DE L'APPAREIL URINAIRE

MESSOUDI Hassan

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

INDICATION: PSA élevée.

- Les deux reins de tailles normales de contours réguliers de bonne différenciation cortico-médullaire
- Le rein droit mesure 9.98 cm dont le cortex est 1.58 cm avec la présence d'un micro calcul.
- Le rein gauche mesure 8.88 cm dont le cortex est de 2.15 cm.
- Vessie de bonne capacité transsonique à paroi régulier, sans image suspecte
- Prostate homogène de taille 20g.
- Résidu poste mictionnel 7cc.

CONCLUSION :

- Micro calcul rénal droit.

د. بدر الدين داسولي
Chirurgien Urologue
دكتور بدر الدين داسولي
اختصاصي في أمراض المسالك البولية والتناسلية
06 63 61 99 69

Privat...

Laborio Technologia Medical
 DEPT. UROLOGIA - 111
 DR. B. PASSOULI

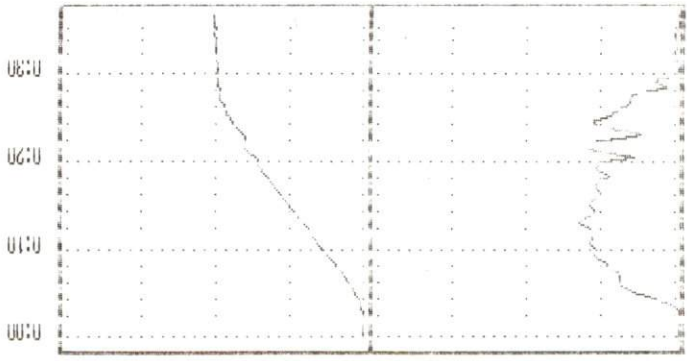
of Essouba
 Chirurgien Urologue
 19.1.54

Tel : 05.22.20.44.54



Patient :
 Docteur :
 Cabinet :
 Sexe : F
 Date : 21/01/22

Débit
 Volume
 Echelle 100 ml
 Echelle 500 ml



Summary of Débit + Volume

Débit + Maximum	12 ml/s	-28	-42	F%
Débit + Moyen	11 ml/s	-8	-25	
Durée d'écoulement	27 sec	-5	-32	
Durée du débit	27 sec			
Temps au débit Max.	9 sec	20		
Volume écoulé	298 ml			

Par ailleurs, les résultats de l'analyse de l'urine sont les suivants :

Volume résiduel :
 Commentaires :

+

ml