

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0029408

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7035 Société : R  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUMAL LAHCEN  
 Date de naissance : 27/01/1961  
 Adresse : Bloc n° 307 CHAÏRA EL HADIA  
 INZOUINE  
 Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : 508,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2019

Nom et prénom du malade : OUMAL LAHCEN Age : 1961

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

Nature de la maladie : Affection neurologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

### 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
31/12/2024	Débit méflop		400,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/2024	108,00

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الجراحة و الفحص بالمنظار للمسالك البولية و التناسلية، التفتيت بدون جراحة لحصى الكلي و المسالك البولية  
سرطان الكلي و المثانة و البروستات، السلس البولي، العقم و العجز الجنسي، جراحة الفتق، الختان، الفحص بالصدى

CHIRURGIE ET ENDOSCOPIE DES REINS ET DES VOIES UROGÉNALES. LASER PROSTATE.  
LITHOTRIPIE ET LASER DES CALCULS URINAIRES. CANCÉROLOGIE UROGÉNITALE. STATIQUE  
PELVIENNE ET INCONTINENCE URINAIRE. INFERTILITÉ MASCULINE ET IMPUISSANCE SEXUELLE.  
CHIRURGIE DE L'HERNIE. CIRCONCISION. ECHOGRAPHIE. DÉBIMÉTRIE.

AGADIR, LE : 31/01/2024 : أكادير، في :

**Mr OUMLAL LAHCEN**

**Note d'honoraire**

Désignation	Montant
DEBIMETRIE	400,00

**Total Honoraires en MAD**

**400,00**

الدكتور القياسي عز الدين  
DR. EL KIASSI AZEDDINE  
CHIRURGIEN UROLOGUE - ANDROLOGUE  
IMM. SALAM CENTER RUE DE FÈS B107  
TEL: 05 28 22 89 89





الجراحة و الفحص بالمنظار للمساالك البولية والتناسلية، التفتيت بدون جراحة لحصى الكلي و المسالك البولية  
سرطان الكلي و المثانة و البروستات، السلس البولي، العقم و العجز الجنسي، جراحة الفتق، الختان، الفحص بالصدى

CHIRURGIE ET ENDOSCOPIE DES REINS ET DES VOIES UROGÉNITALES. LASER PROSTATE.  
LITHOTRIPSIE ET LASER DES CALCULS URINAIRES. CANCÉROLOGIE UROGÉNITALE. STATIQUE  
PÉLVienne ET INCONTINENCE URINAIRE. INFERTILITÉ MASCULINE ET IMPUISSANCE SEXUELLE.  
CHIRURGIE DE L'HERNIE. CIRCONCISION. ECHOGRAPHIE. DÉBIMÉTRIE.

AGADIR, LE :

07/02/2024

أكادير، في :

## ORDONNANCE

Mr OUMLAL LAHCEN

1- VECA 5 MG

1cp/j à 18H pendant 1 mois

LOT : 9243

PER : 11 - 26

P.P.V : 108 DH 00

comprimés pelliculés  
orale



الدكتور القياسي عز الدين  
DR. EL KIASI AZEDDINE  
CHIRURGIEN UROLOGUE - ANDROLOGUE  
IMM. SALAM CENTER RUE DE FES B107  
TEL : 05 28 22 89 89

INPE 0 42023671

# MMS Flowmaster: Débit urinaire *test urinaire*

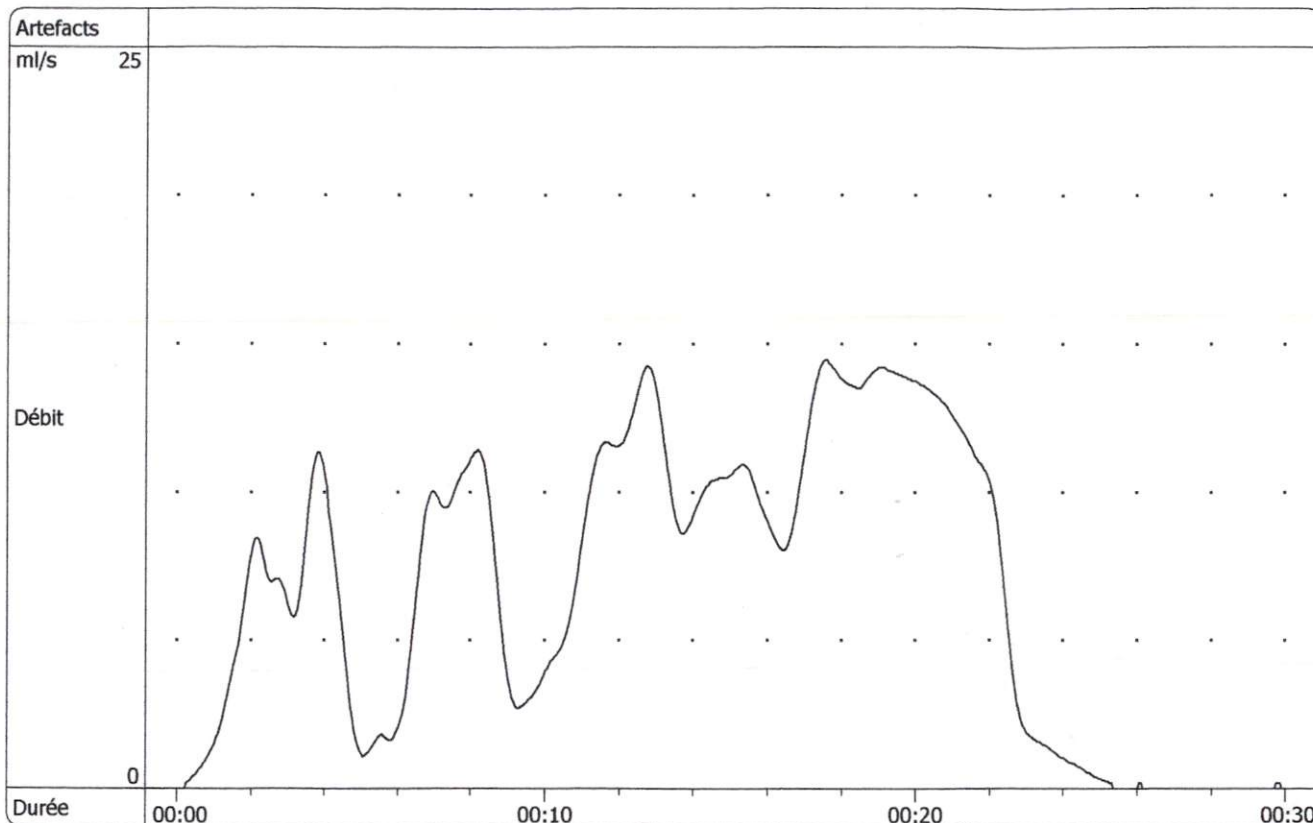
Oumlal, Lahcen



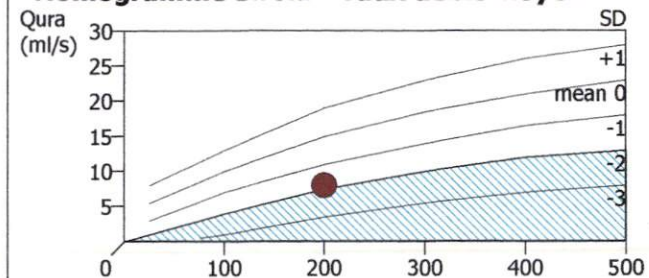
Sexe: Homme  
Date de naissance: 27/01/1961  
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 31/01/2024 / 14:47  
Numéro d'examen: 1  
Hôpital: MMS, the Netherlands

Imprimer date/heure: 31/01/2024 / 14:50  
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE22-9FLMB2058



## Nomogramme Siroki - Taux débit moyen

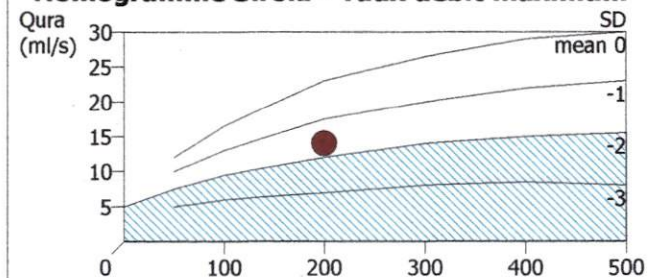


Classification: Normal

hommes seulement

Bladder volume (ml)

## Nomogramme Siroki - Taux débit maximum



Classification: Normal

hommes seulement

Bladder volume (ml)

## Résultats

Taux débit moyen : 7,7 ml/s  
Taux débit maximum : 14,5 ml/s  
Temps pour Débit max : 17,2 s  
Volume uriné : 200,5 ml  
Durée du Débit : 24,8 s  
Durée de la miction : 24,8 s  
Intervalles : 1

Version: FR-2.7i, FM-2.7i, DB-2.7h

## Commentaires

*RPM = 0*

*الدكتور القياس*  
*Dr. F. KIASIA*  
*CHIRURGE UROLOGUE*  
*IMM. SALAM CENTER*  
*TEL: 05 28 22 9 99*