

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037749

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8869 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972 197936

Adresse : RES LILIA ITD 6 ETG 2 Apt 73

Ain Chock Casablanca

Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : 1088,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed EL BACHOUH
Chirurgien Urologue
اختصاصي في امراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Oudjda, Rés. Assafa, Etg 2 Apt 11
Ain-Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888
INPE: 141170035

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : TAWFIK HICHAM Age :

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

Nature de la maladie : Troubles du Bas Appareil urinaire

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) :

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

<p>Dr. Mohamed EL BACHOU</p> <p>Chirurgien Urologue</p> <p>45 Bd el Qods Rijs Assafi, BP 2 Apr 11</p> <p>Alin-chock, Casablanca - Tel: 0522 870 888</p> <p>INPE: 141170035</p>	<p>Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/2024	198,80

Signature du Pharmacien ou du Fournisseur		
HARMACIE CHARMICHEIRAH SAMI Dr ELIANI Abdelhadi N°600 LYS SAMI AYAL GOD ALGER / CASABLANCA 01 69 08 08 08		2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/03/84	B: 570	590,00 \$

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

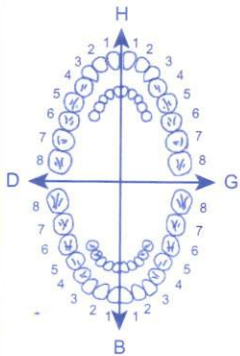
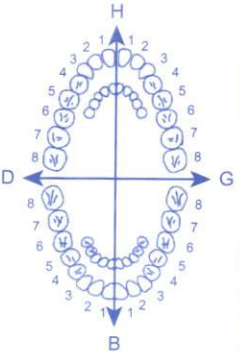
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

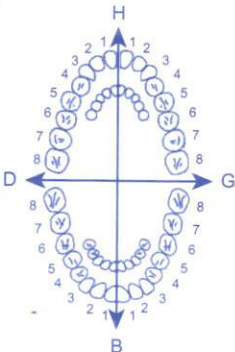
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		H																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] 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"/>																	

	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 L'EXECUTION



أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie-Laser-Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Chirurgie des hernies

- حصي الكلي والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول
- جراحة الفتق

NLPC, mini NLPC

إزالة حصي الكلي بدون جراحة

Ordonnance

URGENCE : 0663 11 29 23

Tél: 05 22 870 888

Casablanca, le: 21/02/2024 الدار البيضاء في



Mr Tawfik Brcham

PHARMACIE CHAÏM CHEIKH SAR
Dr DIANI Abdellatif
N°600 LOT 11 AMRA 2 AVAL QODS
AÏN CHOÏK - CASABLANCA
Tél 0663 43 37 37 Fax 0808 57 10 80

3A, 10
① Dico cp 80mg
14 x 31

pde of jans

14 x 31
② No-spa cp 80mg
14 x 31

T198,80

③ Doflm cp 80mg
14 x 31 pde of jans

③ Doflm cp 80mg
24 x 31 pde of jans

purs 29 x 21; pte 03 fous

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Oued Rés Assafa, Etg 2
Apt 11 Ain-Chock, Casablanca
Tél: 0522 870 888



Facture

N° facture 2403-0034

N° Dossier : 24031020

Date 01/03/2024

Mr TAWFIK Hicham

Code Acte	Designation Acte	Cotation
PSA	PSA totale	300
ECBU	EXAMEN CYTO-BACT. DES URINES	90
CSPECU	CSFERMOCULTURE	180

Total en B 570,00

Total en dirhams 590,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent quatre-vingt-dix dirhams***

N.B: Tout changement de la date de la facture est non permis. Veuillez respecter les délais de dépôt de vos dossiers médicaux.

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. A. El Khatib
Tél: 05 22 21 45 55
Fax: 06 63 12 17 47
Email: contact@laboalliancebio.com

Dr. Mohamed EL BAGHOULI



الدكتور محمد البغولي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie-Laser-Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Chirurgie des hernies

- حصي الكلى والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - ثفتيت الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول
- جراحة الفتق

URGENCE : 0663 11 29 23

NLPC, mini NLPC

إزالة حصي الكلى بدون جراحة

Tél: 05 22 870 888

Ordonnance

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

le 21/02/2024

Mr Tawfik Hicham

◦ ECBU / PSA

◦ Spermoculture

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue - Andrologue
Apt 11 Ain-Chock, Casablanca
Tél: 0522 870 888

Laboratoire Alliances
d'Analyses Médicales
78, Bd. Ibn Aïn Chock - Casablanca
Tél: 0522 21 45 55 GSM: 06 64 52 61 6

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr: MOHAMED EL BAGHOULI

Prélèvement du: 01/03/2024 8:36

Édité Le: 02/03/2024 11:25

Mr TAWFIK Hicham

DDN: 10/03/1972

Dossier N°: 24031020



MARQUEURS TUMORAUX

PSA totale 1,395 ng/ml

(Technique: CLIA sur AIA CL-1200)

Interprétation:

PSAt < 2.5 ng/mL: Le PSAt est statistiquement normal. En fonction des facteurs de risque un contrôle semestriel est conseillé.

2.5 ng/mL < PSAt < 4 ng/mL: En fonction des facteurs de risque et de la clinique, le dosage du PSA libre est conseillé.

4 ng/mL < PSAt < 10 ng/mL: Le dosage du PSA libre est souhaitable.

PSAt > 10 ng/mL: Des examens complémentaires, autre que la biologie sont nécessaires.

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACT. DES URINES

(Technique: Automatisé sur URISED)

Type de prélèvement Mi-Jet

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect Clair

PH 6

Glycosurie Négative

Corps cétoniques Négatifs

Protéinurie Négative

Sang Négatif

Nitrites Négatif

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes 1 p/μl (Inférieur à 12)
1000,00 /mm3 (Inférieur à 12000)

Résultats recto-verso

Signé par Dr. A. EL KAISSOUN



Dossier N°: 24031020

Page: 1 /

Hématies	1	p/μl	(Inférieur à 10)
	1000,00	/mm3	(Inférieur à 10000)
Cellules épithéliales	0	p/μl	(Inférieur à 5)
Cylindres	1	p/μl	(Inférieur à 2)
Cristaux	0	p/μl	(Inférieur à 6)

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Dénombrement de germe	<10 ³ /ml	(Inférieur à 1000)
Examen direct	Négatif	
Culture	Stérile	

EXAMEN MYCOLOGIQUE

Examen direct	Négatif
---------------	---------

EXAMEN PARASITOLOGIQUE

Examen direct	Négatif
---------------	---------

Résultats recto-verso

Signé par Dr. A. EL KAISOUNI



BACTERIOLOGIE

CSPERMOCULTURE

Aspect	Homogène
Viscosité	Normale
PH	8

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	0,06	M/mL	Interprétation : - Inférieur à 10^6
Hématies	Rares		
Numération des spz par mL	7,10	Millions	(Supérieur à 15)
Trichomonas et Levures	Absence		

CULTURE

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Culture	Absence de germes pathogènes
---------	------------------------------

EXAMEN MYCOLOGIQUE

Examen direct	Négatif
Culture et Identification	Stérile

EXAMEN PARASITOLOGIQUE

Examen direct	Absence de Trichomonas vaginalis
---------------	----------------------------------

Résultats recto-verso

Signé par Dr. A. EL KAISOUN



Dossier N°: 24031020

Page : 3 / 3