

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0027955

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.

Diagnostique 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.

Educational :

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.

Prothésaire :

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100237

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : EX AGENT

Nom & Prénom : SAADOUNI BENAHMED

Date de naissance : 10/10/81/1962

Adresse : RE/ELFAJRI MM BAKRAJ APT n°2 Sidi

BERMOURS CASABLANCA

Tél. : 0671606538

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2021

Nom et prénom du malade : SAADOUNI BENAHMED

Age : 59 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostatique

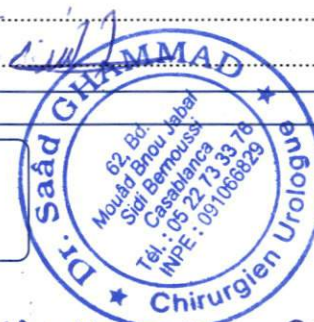
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
12/11/2021	G		300,-	
	G		300,-	
	Debut		100,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/11/21
PHARMACIE GHOPANE
 Dr. HRIOUA LAH
 116 Bloc (CP)
 Quartier Ar-Rods Sidi Berroussi
 Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

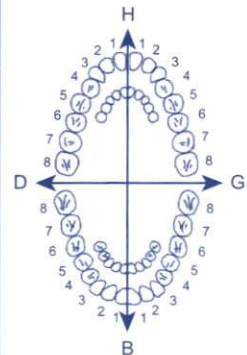
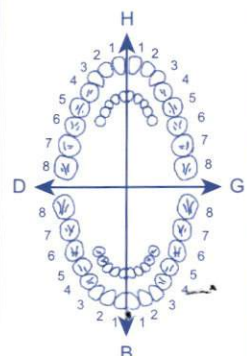
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

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 CCEFFICIENT 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																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Dr. Saâd GHAMMAD

Chirurgien UROLOGUE

Diplômé de l'université de LIEGE



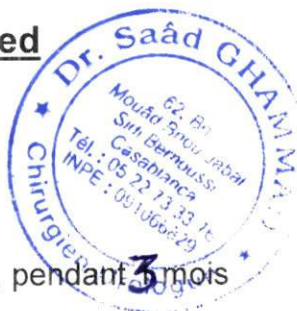
الدكتور سعد غماد

إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية والبروستاتا
خريج جامعة لييج - بلجيكا

Casablanca le : 12/11/2021

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Mr SAADOUNI Benahmed



509.30 x 3
✓ FLOTRAL

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

SAADOUNI
400 mg (ou équivalent)
apx 15
626.90



terieur.

fants.

معينة للتخزين.
عن تناول و مرأى الأطفال

PPV: 159DH30



PPV: 159DH30



149.00

معينة للتخزين.
عن تناول و مرأى الأطفال

05 22 73 33 76 - saad.ghammad@gmail.com

Dr. Saâd GHAMMAD
Chirurgien UROLOGUE
Diplômé de l'université de LIEGE



الدكتور سعد غماد
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية والبروستاتا
خريج جامعة لييج - بلجيكا

Casablanca le : 12 M 2021

FACTURE

M. SAADOUNI BENAHMED

CONSULTATION 300,- Dhs

ECHOGRAPHIE 300,- Dhs

DEBIMETRIE 100,- Dhs

SONDAGE VESICALE Dhs

TOTAL 700,- Dhs



Dr. Saâd GHAMMAD
Chirurgien UROLOGUE
Diplômé de l'université de LIEGE



الدكتور سعد غماد
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية والبروستاتا
خريج جامعة لييج - بلجيكا

Casablanca le : 12/11/2021

ECHOGRAPHIE RÉNALE ET VÉSICO-PROSTATIQUE

Mr SAADOUNI Benahmed

Clinique

Examen

Rein droit: En situation lombaire,
Taille et morphologie normales
Bonne différenciation cortico-médullaire.
Absence d'image lithiasique.
Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Rein gauche: En situation lombaire,
Taille et morphologie normales
Bonne différenciation cortico-médullaire.
Absence d'image lithiasique. Kyste de 2.5 cm
Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Vessie: en réplétion, à contenu anéchogène
à paroi légèrement épaissie et régulière avec DIVERTICULE latérale
gauche colet fin,
Pas de prolifération endoluminale ni pariétale
pas de lithiase.

PROSTATE: homogène de contour régulier et de volume 30 gr

Conclusion

Hypertrophie homogène de la prostate 30 gr compliquée d'un diverticule vésical
latéral gauche



CABINET D'UROLOGIE

Dr Saad GHAMMAD

Urology Ultrasound Report

Nom

Age

Sexe

Inconnu

ID 211112-115428-546E

Opérat.

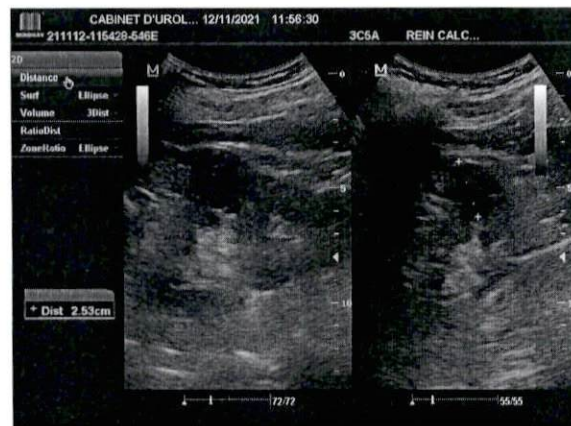
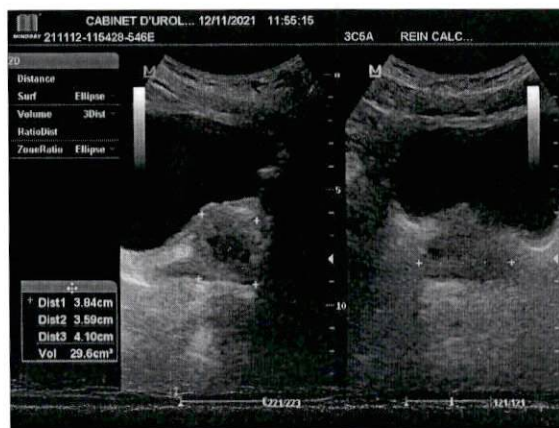
Date exa.

12/11/2021

PSA sérum

Coefficient PPSA

0.12ng/ml²



Comment.:

Signat.(sceau):

Date exa.: 12/11/2021

MMS Flowmaster: Débit urinaire

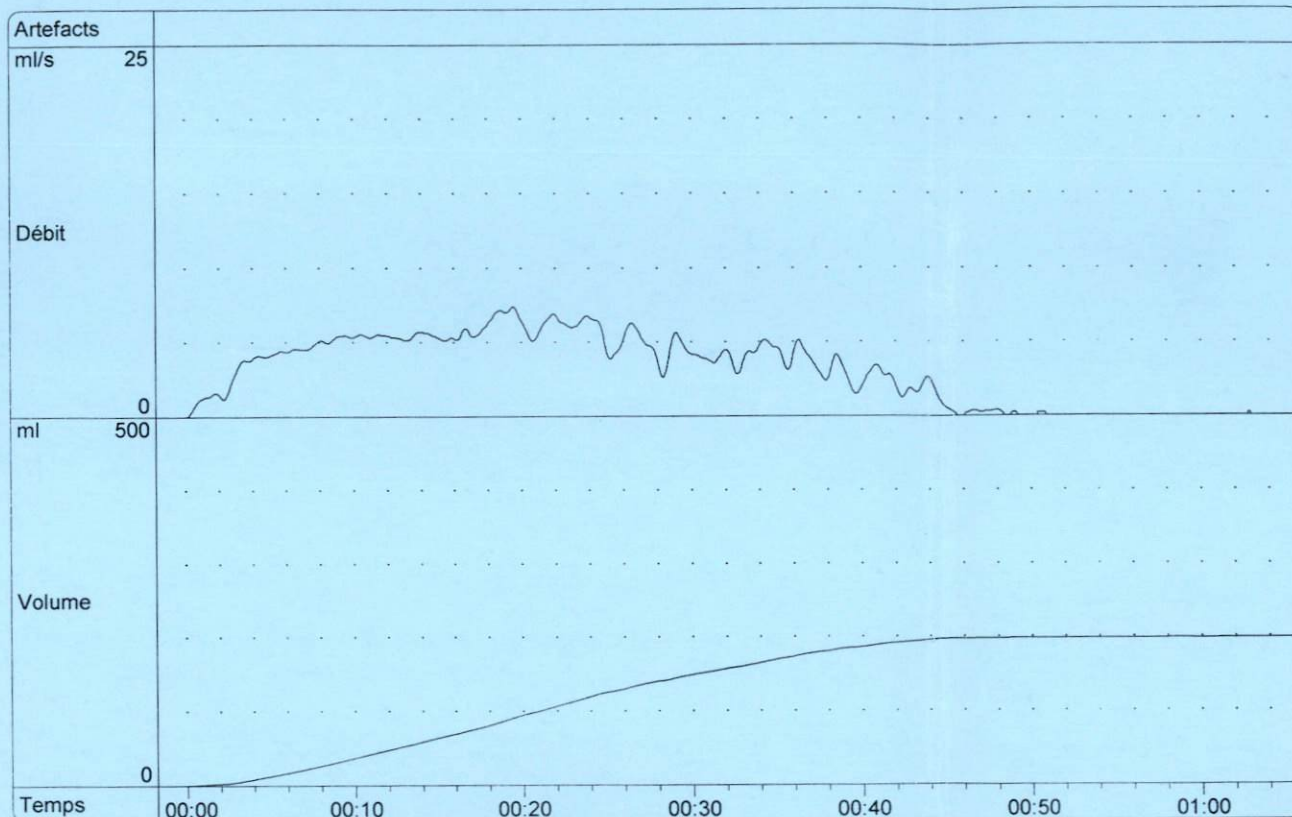
SAADOUNI Benahmed



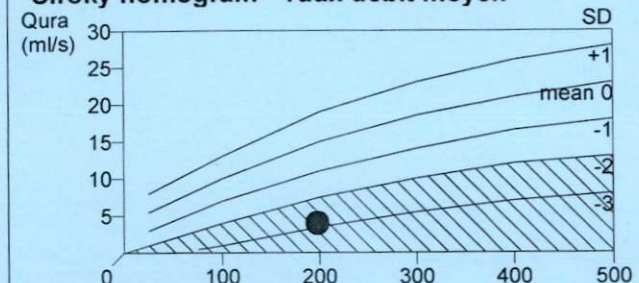
Sexe: Homme
Date de naissance: 01/01/2001
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 12/11/2021 / 11:58
Numéro d'examen:
Hôpital: MMS, the Netherlands

Imprimer date: 12/11/2021
Imprimer heure: 12:00
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE15-9FLMB6275



Siroky nomogram - Taux débit moyen

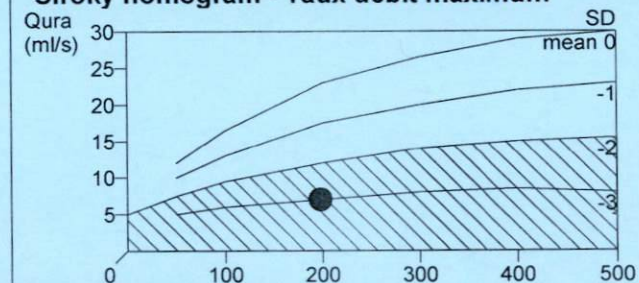


Classification: Obstrué

hommes seulement

Bladder volume (ml)

Siroky nomogram - Taux débit maximum



Classification: Obstrué

hommes seulement

Bladder volume (ml)

Résultats

Taux débit moyen : 4,1 ml/s
Taux débit maximum : 7,4 ml/s
Temps jusqu'au débit maximum : 19,2 s
Volume évacué : 198,2 ml
Temps débit : 46,7 s
Temps évacuation : 47,9 s
Intervalles : 1

Version: FR-2.5e, FM-2.5e, DB-2.5d

Commentaires

