

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Maladie chronique :

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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0038022

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188 Société : -

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Dentaire

Nom & Prénom : AL ENNOU MAHAMED

Date de naissance : 01/07/57

Adresse : SALMA St AVELTOULANE n° 247

CASA

Tél. : 06-6933 2736 Total des frais engagés : Dhs

06 15 90 98 33

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

0531407

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABENNOU MOHAMED
Matricule : 3188 Fonction : Retraite Poste :
Adresse : 8241A A. AL EL SOULANE NR247 CASAB
Tél. : 06-69-33-2736 Signature Adhérent : [Signature]
06-15-90-98-33

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. Ahmed Mohamed Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : HSP -> RTUP
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A 6 le / /
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
N° 8.2ème étage
Tél : 05-35-94-08

VOLET ADHERENT

DECLARATION

0531407

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| du 07/09/19 | Frais Clinique | 3400 | 3400 |  |
| | Pharmacie | 1500 | 1500 | |
| au 09/09/19 | Dr. TAZI | 4000 | 4000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| INPE: 141204529 | 16/09/19 | P630 | 700,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

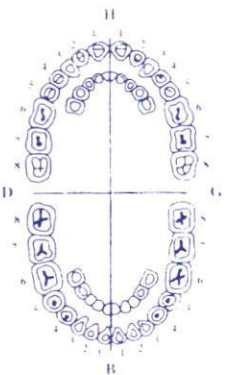
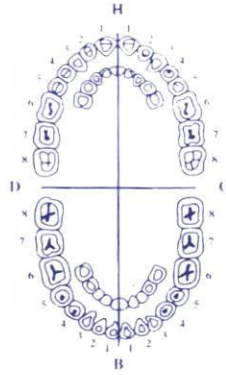
| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> | | | | H | | H | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | B | Coefficient DES TRAVAUX |
| H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANT 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

DÉMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 09/09/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3188 e-mail : — Phones : 06 69 33 27 36
Nom et Prénom de l'adhérent : AZENNOU D. MOHAMED
Nom et Prénom du bénéficiaire : moi-même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Karim TAZI
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Azennou Mohamed
Nécessite : Imb D, Bureau N° 8, 2^e étage
Tél : 05-35-94-08-08

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

K115: Résect endoscopique d'un adénome prostatique

Une hospitalisation de (approximatif)

Deux jours

A (préciser l'établissement hospitalier)

Clinique Taiba

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

HSP compliquée d'une LAV avec ecch de serrage de la Seda
Vessie à plusieurs prises

Cachet, date et signature du praticien

 **Dr. Karim TAZI**
Chirurgien urologue
Av Allal ben Abdallah, Espace Rihab Fes
Imb D, Bureau N° 8, 2^e étage
Tél : 05-35-94-08-08

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



F A C T U R E

N° 1 705 / 2019 du 11/09/2019

| | | | |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| Nom patient | AZENNOUD MOHAMED | Entrée | Sortie |
| | | 07/09/2019 | 09/09/2019 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-------------------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| BLOC OPERATOIRE | 1,00 | | 2 500,00 | 2 500,00 |
| ECG | 1,00 | | 100,00 | 100,00 |
| CHAMBRE | 2,00 | | 400,00 | 800,00 |
| | | | Sous-Total | 3 400,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 1 500,78 | 1 500,78 |
| | | | Sous-Total | 1 500,78 |
| Total Frais Clinique | | | | 4 900,78 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. ZAKARYA LAFRAYJI (anesthésiste) | 1,00 | | 1 000,00 | 1 000,00 |
| DR. TAZI KARIM (urologue) | 1,00 | | 4 000,00 | 4 000,00 |
| | | | Sous-Total | 5 000,00 |
| Total prestations externes | | | | 5 000,00 |

| | | |
|---|---------------|----------|
| | Total général | 9 900,78 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF MILLE NEUF CENTS DIRHAMS SOIXANTE-DIX-HUIT CENTIMES | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|----------|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | | Chèque | | | Total encaissé | Solde |
| | | 9 900,00 | | | 9 900,00 | 0,78 |

Ref Chq : 01006620904500172/



73 شارع مولاي عبد الله، حي بورمانا، طريق إيموزار - فاس

73 Avenue Moulay Abdellah, Hay Bouramana, Route Imouzzar - FES

☎ 05.35.65.64.97 - 📠 05.35.65.71.84 ✉ polyclinique.taiba@outlook.fr

ICE : 001216963000070 - IF : 18729310 - Patente : 13251780 - CNSS : 5818185

CLINIQUE TAIBA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/09/2019

Références

0 / 190909150849358019

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/09/2019 - 09/09/2019

Le Dr. ZAKARYA LAFRAYJI

présente à Mr AZENNOUD MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. LAFRAYJI ZAKARYA
Anesthésiste Réanimateur
Urgentiste
GSM : 06 15 69 67 72
INPE : 131224834

Cachet et signature

CLINIQUE TAIBA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/09/2019

Références

0 / 190909150929358022

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/09/2019 - 09/09/2019

Le Dr. TAZI KARIM

présente à Mr AZENNOUD MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
4 000,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Karim TAZI
Chirurgien Urologue
Av Allal ben Abdellah, Espace Rhab Fés
Imb D, Bureau N° 1, 2^{ème} étage
INPE : 141226829
05 35 97 08 08

Cachet et signature

**LABORATOIRE IBN NAFIS D'ANATOMIE
ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**

Dr BADIOUI IKRAM

Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques

FACTURE

N° : F19/09.72

DU : 16/09/19

| Dossier N° | Nom et Prénom | Date d'entrée | CIN | Actes | Cotation | Honoraire en DH |
|---------------|----------------------|------------------|---------|--|----------|--------------------|
| P77919H | AZENNOUD MOHAMMED | 07/09/19 | C106322 | Copeaux de résection transurétrale de la prostate | P630 | 700.00DH |

MONTANT : 700.00DH

Net à payer : 700.00DH

Arrêtée la présente facture à : SEPT CENT DIRHAMS.

**LABORATOIRE IBN NAFIS
ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**
Imm. Espace 2000 Av. des FAR
S. T. 05 35 62 56 02
INPE :
141204529

CLINIQUE TAIBA

ICE: 001216963000070

FES

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 07/09/2019 Heure 07:20

Nom et Prénom du patient Mr AZENNOUD MOHAMED

Age ou Date Naissance 69 - 01/01/1951

N° Cin du patient ou du tuteur C106322

Adresse .

Téléphone .0569332736

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant TAZI KARIM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 2

Motif d'hospitalisation PROSTATE

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 09/09/2019

Heure 15:08

Durée d'hospitalisation (jours)

2

Nom et prénom du signataire

Signature

 **POLYCLINIQUE TAIBA**
73, M. Abdelhak Bouramane
Route d'Imouzzer - FES
Fix : 05 35 73 04 - Fax : 05 35 05 7184
INPE : 11000101

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

10/09/2019

13:13

Nom Patient : AZENNOUD MOHAMED

Numéro dossier : 191070720

| Date | Produit consommé | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total |
|-----------------|---|-------|----------|------------|----------|
| 09/09/2019 | INTRANULE | 0 | 1,00 | 20,00 | 20,00 |
| 09/09/2019 | SERUM SALE 0.9% #CT 250ML Injecta (01) | 0 | 16,00 | 13,10 | 209,60 |
| 09/09/2019 | SERUM GLUCOSE 5% #CT 500ML Injecta (2)(1) | 0 | 8,00 | 13,10 | 104,80 |
| 09/09/2019 | SPECTRUM #CT 200MG INJECTA (01) | 0 | 6,00 | 99,10 | 594,60 |
| 09/09/2019 | PERFALGAN 1G #CT INJECTA (12)(1) | 0 | 6,00 | 19,91 | 119,46 |
| 09/09/2019 | NEFOPAM #CT (ACUPAN) 20MG/1ML INJECTA(1) | 0 | 8,00 | 4,52 | 36,16 |
| 09/09/2019 | INSULET RAPIDE #CT INJECTA (01) | 0 | 1,00 | 85,00 | 85,00 |
| 09/09/2019 | BANDELETTE | 0 | 13,00 | 10,00 | 130,00 |
| 09/09/2019 | LANCETTE | 0 | 6,00 | 1,00 | 6,00 |
| 09/09/2019 | TUBULURE | 0 | 2,00 | 20,00 | 40,00 |
| 09/09/2019 | SOLUMEDROL #CT 120MG Injecta (01) | 0 | 3,00 | 36,00 | 108,00 |
| 09/09/2019 | EXACYL #CT 0,5G/5ML Injecta (05)(1) | 0 | 4,00 | 5,54 | 22,16 |
| 09/09/2019 | PERFUSEUR | 0 | 1,00 | 25,00 | 25,00 |
| Total pharmacie | | | | | 1 500,78 |

CLINIQUE TAIBA
73, Av. Abdelhak - Bourramane
Route d'Imouzzet FES
Fix : 05 35 73 04 57 Fax : 05 35 65 7184
INPE : 140063157

CLINIQUE TAIBA
PHARMACIE
Dr. ALA'IL HAMEDANE KENZA
I.H. Responsable
Tél: 05 35 73 04 57



N° d'examen : P77919H

Nom et prénom : Mr AZENNOUD MOHAMMED

Médecin traitant : Dr TAZI KARIM

Date de réception: 07/09/19

Nature du prélèvement : Copeaux de résection transurétrale de la prostate

Renseignements cliniques : HBP compliquée d'une RAU avec PSA normale et TR souple

Compte-rendu anatomopathologique

Macroscopie:

Reçu une résection prostatique pesant 20g en plusieurs copeaux mesurant de 0.5 à 2.5x0.4cm. Ils sont inclus en totalité dans 8 blocs et examinés sur plusieurs niveaux de coupe.

Histologie:

A l'examen histologique, ils ont porté sur un parenchyme prostatique hyperplasique comportant une prolifération adénomyomateuse bénigne.

On note des acini tortueux à lumière festonnée, de tailles et de formes variables, centrés parfois par quelques corps amyloïdes.

Ils sont bordés par une double assise cellulaire épithéliale et basale dépourvue d'atypies cytonucléaires et de mitoses.

Ces structures épithéliales se disposent par un fond myomateux abondant, ponctué d'éléments inflammatoires modérés et polymorphes.

Absence de signe de malignité.

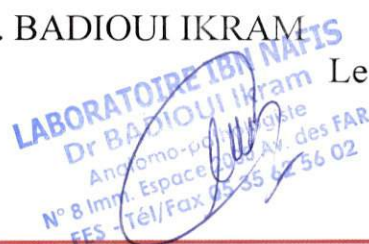
CONCLUSION:

Hyperplasie prostatique bénigne avec des lésions de prostatite subaiguë modérée.

Absence de malignité.

Dr. BADIOUI IKRAM

Le : 16/09/19





مصحّة طبيّة
CLINIQUE TAIBA
متعددة الاختصاصات
Multidisciplinaire

Fes le : 09/09/2019 : فاس في

تقرير الإستشفاء

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom et prénom Patient : A. Zennoud Mohamed : الإسم والنسب

Date d'entrée : 07/09/2019 : تاريخ الدخول

Date de sortie : 09/09/2019 : تاريخ الخروج

Motif d'hospitalisation : Prostate : سبب الإستشفاء

Médecin traitant : Dr. Tazik : الطبيب المعالج

Compte rendu : : التقرير

Patient admis pour P.E.C d'une HBP compliquée de RAV
avec ecchymose de Scrover sur l'abdomen
Patient a été bénéficiaire d'une résection trans urétrale de la
prostate
Suite post-opératoire simple
sans complication de la suture urétrale et par
micropneumonie.

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
Av. Allal ben Abdellah, Espace Rhab Fès
Imb D, Bureau N° 8, 2^{ème} étage
Tél: 05 35 65 64 97 - 05 35 73 04 57
Fax: 05 35 65 64 97

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
Av. Allal ben Abdellah, Espace Rhab Fès
Imb D, Bureau N° 8, 2^{ème} étage
Tél: 05 35 65 64 97 - 05 35 73 04 57
Fax: 05 35 65 64 97

73, شارع مولاي عبد الله حي بورمانا، طريق إيموزار - فاس

73, Av Moulay Abdellah Hay Bouramana Route d'Imouzer, Fès

☎ 05 35 65 64 97- 05 35 73 04 57

✉ polyclinique.taiba@outlook.fr

ICE : 001216963000070

IF: 18729310

Patente: 13251780

CNSS: 5818185



مصحّة طبيّة
CLINIQUE TAIBA
متعددة الاختصاصات
Multidisciplinaire

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
Av. Allal ben Abdellah, Espace Rabah Fès
Imb D, Bureau N° 8.2^{ème} étage
INPE : 141226829
Tel : 05-35-94-08-08

Fes le : 07/08/2010 : فاس في

تقرير العملية

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et prénom Patient : Azennoud Mohamed : الإسم والنسب

Date d'opération : 07/08/10 : تاريخ العملية

Diagnostic : Prostate m. RUP : سبب العملية

Médecin traitant : Dr. Karim TAZI : الطبيب المعالج

Compte rendu : : التقرير

Sous rachianesthésie - En port de la table
Détrou à la belladone et champagne
Introduit de sonde : l'explorateur adhésif de jans
postop. hypohypot. hypohypot. et sténosité avec pt
lobe médian en contact intime avec le muscle
RUP en contact par le canal pattern, le lobe
glat pur et pur la face ant.
Lavage à la paille d'élégance et remplissage de
cavité
Hémistère à la table
Sondeur par une RUP 22cl/m.c.p. d'insérence
au 15/17
Vente 10cl/m.c.p. à la table de bloc avec un
TA à 14/7.

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
Av. Allal ben Abdellah, Espace Rabah Fès
Imb D, Bureau N° 8.2^{ème} étage
INPE : 141226829
Tel : 05-35-94-08-08

Dr. Karim TAZI
Chirurgien urologue
Av. Allal ben Abdellah, Espace Rabah Fès
Imb D, Bureau N° 8.2^{ème} étage
INPE : 141226829
Tel : 05-35-94-08-08