

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.

Optologie 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.

Educations :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043372

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3363 Société : 22260

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARZOUZ MOHAMED

Date de naissance : 06/06/1955

Adresse : 51 LOT YAMINA TADARTE OASIS

CASABLANCA

Tél. : 066776460 Total des frais engagés : 2987,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 FEV 2020 21 FEV 2020

Nom et prénom du malade : FARZOUZ MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05 FEV. 2020 | 429 400 400 | | 300,00 400,00 400,00 | |

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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES 400, 50 Bld de la République Rouen - C.A.S.A. Tél: 0522 23 35 61 MAARIF | 06/02/2020 | B 1390 + 172 | 1 887,60 DHS |

AUXILIAIRES MEDICAUX

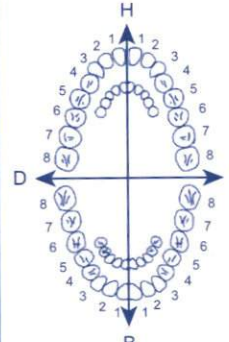
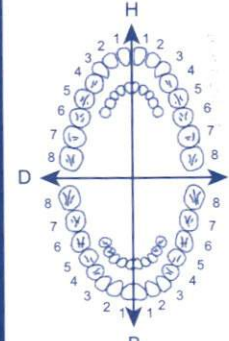
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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

| 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 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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

Casablanca, le : 05/07/2020 : الدار البيضاء، في :

Dr. FANZOUZ

① Dosage PSA total sérum

② Cholestérol T, LDL, HDL
TG, Ac urip

③ TSH

④ Urée, creat

⑤ Glycémie à jeûn, HbC

⑥ vit D2 - D3



Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3ème Etage
Tél: 0522 39 10 50 - Fax: 0522 39 10 51

20142

مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

FACTURE N° A20020142

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| 9105 | Traitement échantillon sanguin | E25 | E |
| 0100 | Acide urique | B30 | B |
| 0106 | Cholestérol total | B30 | B |
| 0110 | Cholestérol HDL+ L D L | B80 | B |
| 0111 | Créatinine | B30 | B |
| 0118 | Glycémie | B30 | B |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0135 | Urée | B30 | B |
| 0163 | TSH | B250 | B |
| 0361 | PSA | B300 | B |
| 0439 | Vitamine D | B450 | B |

Total des B : 1390

TOTAL DOSSIER : 1887.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
mille huit cent quatre-vingt-sept dirhams soixante centimes



Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 05.FEV.2020 في الدار البيضاء،

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage
Tél : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

Prie

Mr /Mme /Mlle

FARZOUZ Mohamed

**D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage, sa note d'honoraires**

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| Pour Une consultation | = 300.00dhs |
| Echographie rénale et vésicale | = 400.00dhs |
| Débitmètre | = 400.00dhs |

S'é levant à la somme de 1100.00dhs

MILLES CENT DIRHAMS

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage
Tél : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

Signature et cachet du médecin

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

Code : 16120581

Référence : A20020142

Du : 06-02-2020

Prescripteur : Dr BOUAB M. AMINE

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

1.25 g/L

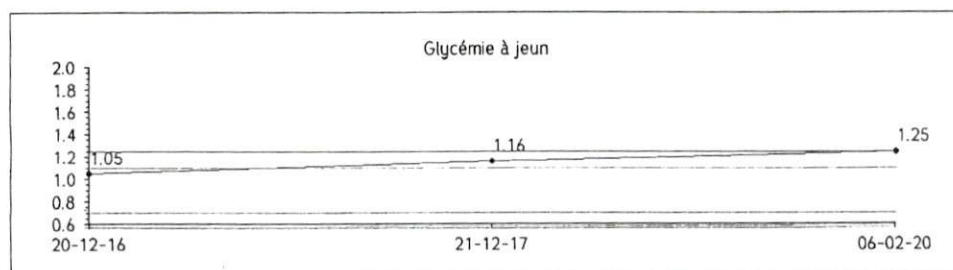
(0.70-1.10)

21-12-2017

6.94 mmol/L

(3.89-6.11)

1.16



Hémoglobine glyquée (HBA1c)
(Technique HPLC)

6.2 %

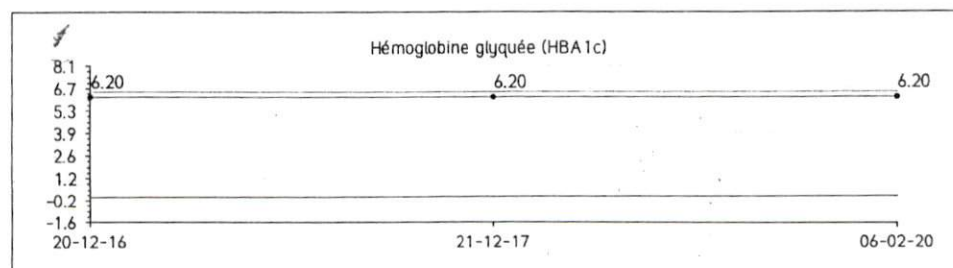
(<6.5)

21-12-2017

6.2

Commentaire

Tracé électrophorétique de l'hémoglobine normal.



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

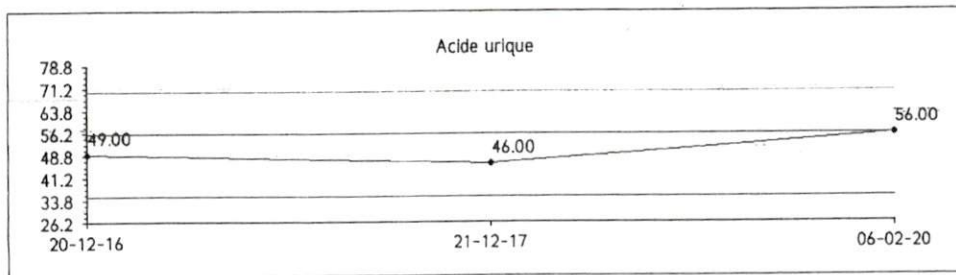
Casablanca le : 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

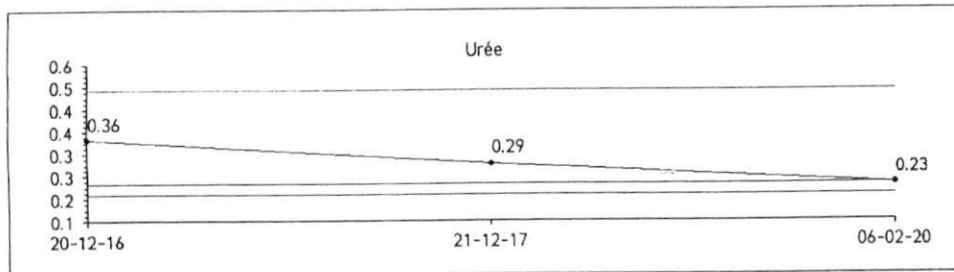
Code : 16120581

Référence : A20020142

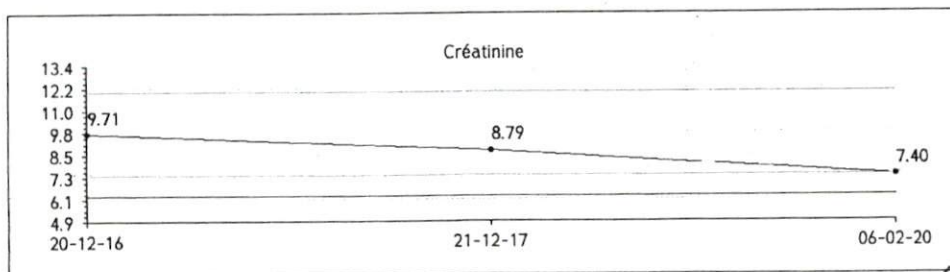
| | | Normes | Antériorités |
|--------------|----------------------------------|----------------------|------------------|
| Acide urique | 56 mg/L 333 $\mu\text{mol/L}$ | (35-70) (208-417) | 21-12-2017 46 |



| | | | |
|------|-------------------------|----------------------------|--------------------|
| Urée | 0.23 g/L 3.83 mmol/L | (0.20-0.50) (3.33-8.34) | 21-12-2017 0.29 |
|------|-------------------------|----------------------------|--------------------|



| | | | |
|------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Créatinine | 7.40 mg/L 65.4 $\mu\text{mol/L}$ | (6.30-12.00) (55.7-106.1) | 21-12-2017 8.79 |
|------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------|



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

Code : 16120581

Référence : A20020142

Normes

Antériorités

Cholestérol total

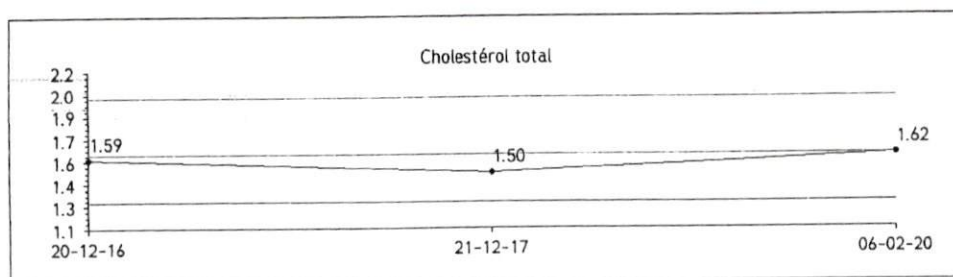
1.62 g/L
4.18 mmol/L

(1.30-2.00)
(3.35-5.16)

21-12-2017

1.50

(Normes: Recommandations AMCAR de février 2015)



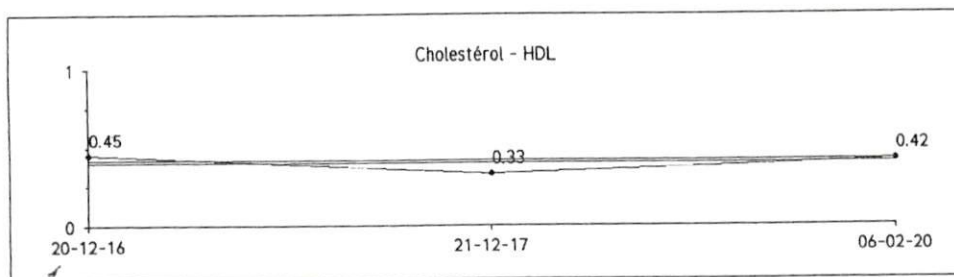
Cholestérol = HDL

0.42 g/L
1.08 mmol/L

(>0.40)
(>1.03)

21-12-2017

0.33



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

Code : 16120581

Référence : A20020142

Normes

Antériorités

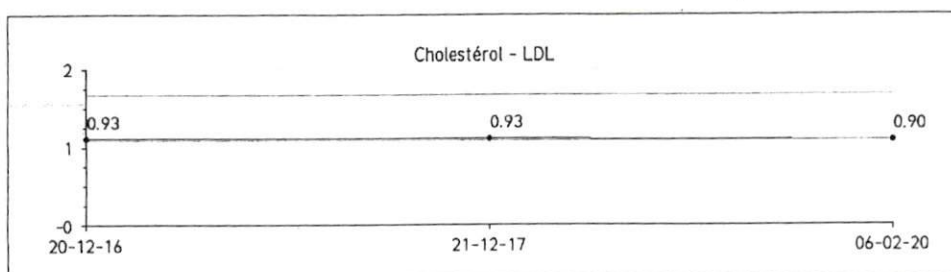
Cholestérol - LDL

0.90 g/L
2.32 mmol/L

(<1.60)
(<4.13)

21-12-2017

0.93



Objectifs du LDL-cholesterol : Recommandations AFSSAPS

Prévention primaire :

| | | | |
|------------------------------|--------------|------|------------|
| Absence de facteur de risque | : < 2.20 g/L | soit | 5.7 mmol/L |
| 1 facteur de risque | : < 1.90 g/L | soit | 4.9 mmol/L |
| 2 facteurs de risque | : < 1.60 g/L | soit | 4.1 mmol/L |
| Plus de 2 facteurs de risque | : < 1.30 g/L | soit | 3.4 mmol/L |

Prévention secondaire :

| | | | |
|----------------------|--------------|------|------------|
| Maladie coronarienne | : < 1.00 g/L | soit | 2.6 mmol/L |
|----------------------|--------------|------|------------|

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL < 0.40 g/l (1.0 mmol/l)

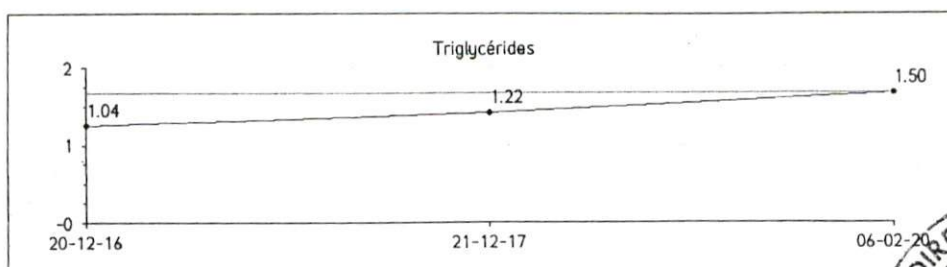
Triglycérides

1.50 g/L
1.71 mmol/L

(<1.50)
(<1.71)

21-12-2017

1.22



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 06-02-2020

Mr FARZOUZ Mohamed

Code : 16120581

Référence : A20020142

Normes

Antériorités

VITAMINES

Vitamine D
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

18.31 ng/ml

Valeurs de référence :

| | | |
|-----------------|----------|-------|
| Taux recommandé | 30 – 100 | ng/mL |
| Insuffisance | 10 – 30 | ng/mL |
| Carence | < 10 | ng/mL |
| Toxicité | > 100 | ng/mL |

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

1.99 μ UI/mL

(0.27–4.20)

MARQUEURS SERIQUES

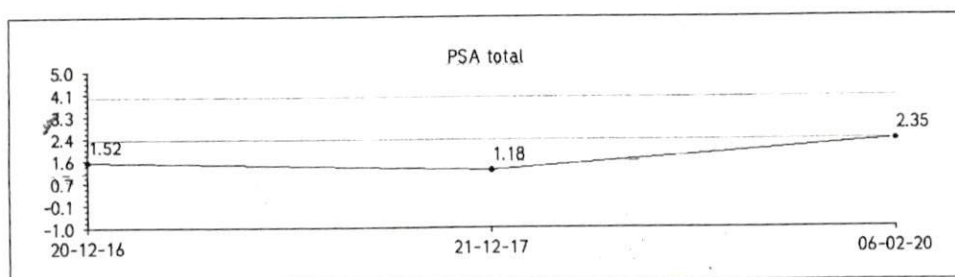
PSA total
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

2.350 ng/mL

(<4.000)

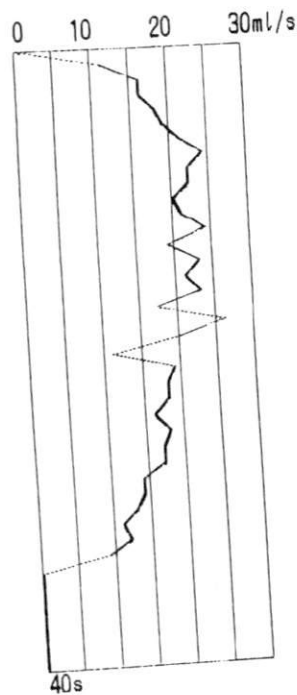
21-12-2017

1.180



Uroflowmetry Report

Name _____ Gender _____
 Age _____ Card No. _____
 Department _____
 Outpatient No. _____
 Test No. 0133 Date _____



Measured Parameters

Waiting Time 12s
 Voiding Time 33s
 T10 4s
 T90 29s
 TQmax 18s
 Qmax 26ml
 Qavg 18ml
 V 59ml
 Diagnosis

Dr. Mohamed Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
30 Grande
Residences du Palais, Im. E. 3ème Etage
El Mansour, Hammam, T. 022 39 10 51
Fax: 022 39 10 51

M^m *Mohamed BO*
 05/02/2020

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) أ

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 05.FEV. 2020 في الدار البيضاء، في

DEBITMETRIE URINAIRE

NOM : Mr FARZOUZ

PRENOM : Mohamed

DATE : 05/02/2020

INDICATION : Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU de la phase de remplissage)

Résultats :

Qmax: 26 ml/s

Volume mictionnel: 599 ml

Temps de vidange : 33 s

CONCLUSION : Débitmétrie normale. Aspect en cloche de la courbe.

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais Anglé Bd. Ghandi
W. Yacoub El Mansour, Imm. E, 3ème Etage
Tél: 05 22 39 10 51 • Fax: 05 22 39 10 51 • Mobile: 06 63 72 39 30 • E-mail: drbouab.uro@gmail.com

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلى

و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلى

Casablanca, Le 05 FEV. 2020 في الدار البيضاء،

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE

NOM : Mr FARZOUZ

PRENOM : Mohamed

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Patient de 65 ans et qui se présente pour contrôle prostatique.

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

Le rein droit est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

Le rein gauche est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale. Il existe un kyste cortical de 30 mm environ.

La raté est de situation et de taille et d'échostructure normales.

La vessie est en réplétion, à contenu anéchogène à paroi épaissée et régulière. Pas de prolifération endoluminale ou pariétale, ni de lithiase visible. Après miction, on ne note pas résidu post-mictionnel significatif.

L'exploration de la prostate par voie sus pubienne ne montre pas de lobe médian saillant. Par ailleurs, prostate augmentée de taille et d'échostructure homogène, pesant environ 45 g.

Absence d'épanchement pelvien.

CONCLUSION: Echographie rénale et vésico-prostatique révélant à ce jour, une HBP modérée sans retentissement sur le haut appareil urinaire. RPM négligeable.

A compléter par un dosage de PSA et une débitmétrie.

