

# 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.

## Diagnostic 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035133

17729

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0462 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MERZAR AHMED  
Date de naissance : 01.01.1944 à FES  
Adresse : 396-NAWRASS DAR BOVAZZA CASA  
Tél. : 0631907244 Total des frais engagés : Dhs

### 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) :



# 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
15 Nov 2019		3	# 300 DH	
104 Janv 2020		3	# 300 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/19	472,10
	9/1/2020	219,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/11/2019	2 35+35/2	# 500 DH
	16/11/19	B 300 + p. l. ut	300 DH

## 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<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

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le.....15 NOV 2019

LOT: 12819006  
PER: 05-2022  
PPU: 79,50 DH

u menzag Ahmed

LOT: 12819006  
PER: 05-2022  
PPU: 79,50 DH  
196,50

29,10

Tenaro furo

LOT: 12819006  
PER: 05-2022  
PPU: 79,50 DH  
196,50

196,10 x 2 = 393,10  
Tenaro furo

100 x 24 a 100

472,10

JACO BOUSSENE MARTINI  
PHARMACIE AL OUMRANE  
LAHLAM - DAR KOUCH  
Tél: 05 22 25 36 36 - 05 22 25 88 80  
GSM: 06 61 16 33 03

Professeur ELMRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia, 3ème étage - Casablanca

E-mail: melmrini@hotmail.com

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80 - E-mail: elmrini\_mohamed@hotmail.fr

GSM: 06 61 16 33 03

Gsm: 06 61 07 35 76



**Professeur EL MRINI M**

**Chirurgien Urologue**

*Membre de la Société Internationale d'Urologie*

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le .....

04 JAN. 2020

u MENZOU Ahmed

109,70 x 2

CONTRAT V.V. (S.V.)

Travailleur à l'essai

219,40

PHARMACIE ALI EL MRINI  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36 36  
GSM: 06 69 39 20

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36 36

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le 15 NOV 2019

n. monray Ahmed

PSA

Dr. Leyla P. F. F. F.  
Médecin Urologue  
Laboratoire  
Casablanca

Professeur ELMRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80

76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia. 3ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80 - E-mail : elmrini\_mohamed@hotmail.fr

GSM : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

## Facture

N° facture : 2019-3603

Edité le : 16/11/2019 09:56:26

Patient : Mr MERZAQ Ahmed

Date prélèvement : 16/11/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
Antigène Spécifique de la Prostate : PSA totale	300	402,00
Total B	300	402,00
APB	1,0	0,00
Déplacement		0,00
Remise		102,00
Total		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Cents dirhams \*\*\*

Laboratoire Dar Bouazza  
N° 16/11/2019  
CASABLANCA  
05 22 29 27 39

مختبر التحليلات الطبية دار بوعزة

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DAR BOUAZZA

٠٠٠٠٤ | ٨٠٠ ٥٨٠ ٠٠٠٠

Dr BAHRI Leyla Médecin Biologiste

Dar Bouazza



Casablanca, le 16/11/2019

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 161119-009 Pvt du: 16/11/2019

Nom : Mr MERZAQ Ahmed

Demandé par Dr : ELMRINI MOHAMMED

Page : 1/1

### MARQUEURS SÉRIQUES

Valeurs Usuelles

Antériorité

Antigène Spécifique de la Prostate : PSA totale

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

PSA totale

- < 40 ans : 0.21 - 1.72 ng/ml
- 40 à 49 ans : 0.27 - 2.19 ng/ml
- 50 à 59 ans : 0.27 - 3.42 ng/ml
- 60 - 69 ans : 0.22 - 6.16 ng/ml
- > 69 ans : 0.21 - 6.77 ng/ml

1.31 ng/ml

Dar Bouazza

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla

Dr. BAHRI Leyla  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Dar Bouazza

**Professeur EL MRINI M.**

**Chirurgien-Urologue**

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية

عضو الجمعية العالمية لجراحة

الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le.....  
**15/11/2019**

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET  
VESICO-PROSTATIQUE**

**Nom du patient : MR MERZAQ AHMED**

**Examen pratiqué le : 15/11/2019**

**Indication : Prostatisme chronique .**

\* Le foie : de taille et d'échostructure normale.

\* Le rein droit : de taille normale et d'échostructure normale, sans dilatation des voies excrétrices.

\*Le rein gauche : de taille normale et d'échostructure normale, sans dilatation des voies excrétrices.

\*La vessie : bien remplie, vide d'échos, à paroi irrégulière témoignant une vessie de lutte.

\*La prostate : régulière, d'échostructure homogène, évaluée à 29g.

\*Résidu post- mictionnel de moyenne abondance.

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80