

# 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.

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0037006

*nr= 21989*

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5785* Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : *Margane chaibie*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : *0660630711* 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 : *Alphécal*

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 : .....  
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

|             |  |   |         |  |
|-------------|--|---|---------|--|
| 24 Dec 2019 |  | 3 | \$300DK |  |
| 16/12/19    |  | 4 | 6       |  |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur    Date    Montant de la Facture

|  |          |       |
|--|----------|-------|
|  | 24/12/19 | 66,30 |
|  | 09/01/20 | 62,70 |

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

|             |  |      |        |
|-------------|--|------|--------|
| 24 Dec 2019 |  | 2543 | 300DK  |
| 16/12/2019  |  | 310  | 160,00 |

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| A |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

**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 l'

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | MONTANTS DES SOINS | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|--|
|  |  |                  |             |                         |                    |                   |                     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                  |             |                         |                    |                   |                     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                  |             |                         |                    |                   |                     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                  |             |                         |                    |                   |                     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                  |             |                         |                    |                   |                     |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>                       | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX | MONTANTS DES SOINS | DATE DU DEVIS     | DATE DE L'EXECUTION |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |  |  |  |
|  | <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 |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 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... 24 DEC. 2019 .....

m. MORJANE CHAIBIA

66.30

1/ DITROPAN 5mg 1cp x 3j

PHARMACIE OLYMPIA  
55, Rue Sijilmassa  
Belvédère - Casablanca  
Tél.: 05.22.24.63.75  
Tél./Fax : 05.22.24.38.21



Dr. EL MRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage  
Casablanca  
Tél.: 0522 25 36 36 - Gsm: 0661 07 35 76

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

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coelochirurgie - 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.....09 JAN 2020.....

Aventi Pn AN

M. MORTJANE CHAIRA

62.70

1/UROSTA

cp

1cp x 37;



|

Dr. EL MRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - GSM: 0661 07 35 76

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

# Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coelochirurgie - 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 16/12/2015

M. NORJANE GHEBIA

ECRU

Dr. EL MRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage  
Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - GSM: 06 61 07 35 76

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



# مختبر بلقيدير للتحليلات الطبية والتناسلية

Laboratoire Belvédère d'Analyses Médicales et de Biologie de la Reproduction  
Biochimie - Hématologie - Microbiologie - Immunologie - Hormonologie - Toxicologie -  
Biologie de la Reproduction



**Dr. EL FILALI Ahmed**

الدكتور الفيلاي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

DU Assurance qualité en biologie médicale

**ICE: 00157364000048 IF: 18744778 TP: 32502798 CNSS: 2593574 INP: 093002764**

**FACTURE N° : 191200543**

CASABLANCA le 16-12-2019

**Mme MORJANE Chaibia**

## Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse                                 | Val  | Clefs |
|----|---|------|-------|
|    | Examen cytot bactériologique des urines | B120 | B     |

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 160.80DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante dirham quatre-vingts centimes.

LABORATOIRE BELVEDERE  
Dr. EL FILALI Ahmed  
Pharmacien Biologiste  
Res. Zine El Mahaba  
En Face de La Gare Cas Voyageurs  
Tél: 0522 242 855/0522 407 363 - Fax: 0522 240 643

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : [www.labobelvedere.com](http://www.labobelvedere.com)

# 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.....

24/12/2019

## NOTE D'HONORAIRES

Nom: **Mme MORJANE**

Prénom: **CHAIBIA**

Date: 24/12/2019

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. Consultation                    | C <sub>3</sub> =300dhs       |
| 2. Echographie rénale et pelvienne | Z <sub>35+35/2</sub> =500dhs |

TOTAL=800.00dhs

(Montant total s'élevant à huit cent dhs)

**AVEC REMERCIMENTS**

Professeur **ELMRINI MOHAMMED**  
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



Dr. EL FILALI Ahmed

الدكتور الفيلاي أحمد

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'UCL à Bruxelles

Ancien interne de l'hôpital Saint Luc à Bruxelles

Ancien fondateur et directeur du LABORATOIRE

DE L'EUROPE à Brest (France)

DU Médecine et Biologie De la Reproduction Paris Descartes

DU Assurance qualité en biologie médicale

Dossier N° :19120830

Enregistré le: 16-12-2019 à 10:44

Prélevé le : 16-12-2019 à 11:43

Mme MORJANE Chaibia

Né(e) le : 01-01-1949 (70 ans)

Dossier N° :19120830

Prescripteur :

Compte-rendu complet Edité le : 17-12-2019 à 08:58

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Couleur: Jaunâtre  
Aspect : Limpide

### Examen chimique:

|                   |          |              |
|-------------------|----------|--------------|
| pH:               | 6.0      | (4.5-8.5)    |
| Proteine:         | Absence  |              |
| Corps cétoniques: | Absence  |              |
| Nitrites:         | Négative |              |
| Sang:             | Traces   |              |
| Glucose:          | Absence  |              |
| Bilirubine:       | Absence  |              |
| Densité:          | 1.025    | (1.01-1.025) |

### Examen cytologique:

|                         |                    |       |
|-------------------------|--------------------|-------|
| Hématies :              | 2 /mm <sup>3</sup> | (<10) |
| Leucocytes :            | 1 /mm <sup>3</sup> | (<10) |
| Cellules épithéliales : | Rares              |       |
| Cristaux :              | Absence            |       |
| Cylindres :             | Absence            |       |
| Levures :               | Absence            |       |

### Examen bactériologique:

Coloration Gram: R.A.S  
Cultures sur milieux usuels et spécifiques: Stérile après 24 heures d'incubation  
Cultures mycologiques:  
Conclusion: **Absence d'élément biologique évoquant une infection urinaire**

Validé par : Dr. EL FILALI AHMED

LABORATOIRE BELVÉDÈRE  
Dr. EL FILALI AHMED  
Pharmacien Biologiste  
Rés. Zine Al Mahaba  
En Face de la Gare Casablanca  
Tél: 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax: 05 22 24 06 41

Prélèvements à domicile sur rendez-vous : 06 61 80 29 44

Résidence Zine Al Mahaba "Angle Bd Mohammed V Place Sidi Mohamed" Belvédère - Casablanca

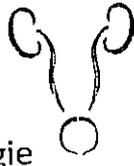
Tél. : 05 22 24 28 55 / 05 22 40 73 63 - Fax : 05 22 24 06 41 E-mail : labobelvedere@gmail.com

site web : www.labobelvedere.com

# 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.....24/12/2019

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET PELVIENNE

Nom du patient : Mme MORJANE CHAIBIA

Examen pratiqué le : 24/12/2019

- Le rein droit : de taille normale et d'échostructure normale, siège d'une hypotonie pyelocalcicole.
- Le rein gauche : de taille normale et d'échostructure normale, siège d'une hypotonie pyelocalcicole.
- La vessie : bien remplie, de bonne capacité, à paroi régulière .

Dr. ELMRINI MOHAMED  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Et.  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80  
E-mail: elm@hmail.com

