

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 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

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



ND: 85295

Déclaration de Maladie : N° P19-0017327

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 762 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MRINI ELABED Date de naissance : 01.06.1943
 Adresse : 14, Bd de Louches à CASABLANCA
 Tél. : 0661329660 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL MRINI ELABED 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0017327

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
17 Mars 2020		C ₃	Gratuit	Professeur Urologie 76 Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél : 05 22 43 26 74 / 98 Fax : 05 22 49 26 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/2020	539,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BOBATELLE CHARLES NICOLLE PASTEUR 21 Tél. : 05 22 43 26 74 / 98 Fax : 05 22 49 26 71	12/03/2020	3600 PEAN	829,00 MA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

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

Casablanca, le 17 MAR. 2020

El Mrini M

79,50
474,05

Benaroun

62,70

UNO

1/2

539,70

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

LOT:12820002
PER:01/2023
PPU:79,50 DH

PPV:62DH70
PER:10-22
LOT:12274

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

76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80
Tél.: 06 06 99 39 20

76 شارع عبد المومن الطابق الثالث الدار البيضاء
E-mail : melmrini@hotmail.com

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 12/03/20 -

n El Mrini El Akhy

Dr. El Mrini
El Akhy

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa
Tél.: 05 22 49 26 74 / 98
Fax: 05 22 49 26 71

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 36 36 - Fax: 0522 23 38 30

FACTURE : 29187

Casablanca, le 12/03/2020

CN 4675

Nom et Prénom : **Monsieur EL MRINI El abed**

Référence : **120320 016**

BILAN :

ANTIGENE PROSTATIQUE (LIBRE) B 300

PSA (ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATE) B 300

Prélèvements : 1 25,00 Dh

MONTANT NET : 829,00 Dhs (Soit 600 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Huit cent vingt neuf Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa
Tél. : 05 22 49 26 74 / 98
Fax : 05 22 49 26 71

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 12/03/2020 à 11h17

par le Laboratoire

Reçu le 12/03/20 à 11h17

Date de Naissance : 01/06/1943

Edité le: 12/03/20 15h03

Résultats complets

Monsieur EL MRINI El abed

CN 4675 RF: 120320016

Dr. EL MRINI M

CASABLANCA, le 12/03/2020

IMMUNOLOGIE - SEROLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

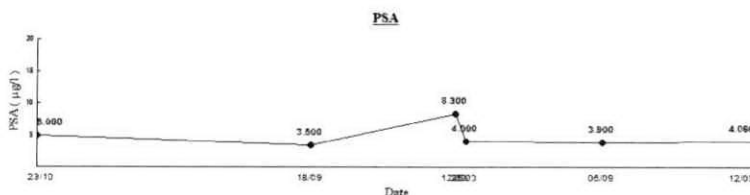
Antigène Prostatique PSA Total : 4.060

* $\mu\text{g/l}$ (<4)

06/09/19 : 3.900

(Technique Electrochimiluminescence COBAS ROCHE)

Le résultat de PSA est exprimé avec 3 décimales



P.S.A LIBRE : 1.17 $\mu\text{g/l}$

06/09/19

(Technique ELFA sur mini-VIDAS BIOMERIEUX)

RAPPORT (PSA.libre/PSA.total) : 29 %

06/09/19

INTERPRETATION :

- Un rapport > 18 % est en faveur d'une hypertrophie bénigne.

Biologiste adjoint

Biologiste Dr Mireille FAVARD

1 / 1

Laboratoire inscrit aux Contrôles de Qualité Internationaux : ASQUALAB - BIOLOGIE PROSPECTIVE

CNSS : 225 6180 - Patente : 36340350 - R.C. : 281742 - IF : 59301957 - ICE : 001650011000057 - INP : 093001030

R. Pasteur : 21, Place Pasteur, 2^{ème} étage Q. des Hôpitaux - Casablanca - Tél.: 0522 49 26 74 / 98 - Fax: 0522 49 26 71 - E-mail: labocharlesnicolle@gmail.com