

153.30
6018

**DONS IMPORTANTES A LIRE POUR
URSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



CONTIFLO[®] O.D.

PPV: 1090H70



LUTICAL INSTITUTE
LOT: 054
PER: FEV 2021
PPV: 99 DH 00

99,00

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-445699

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4699	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MABROUR MOHAMED			
Date de naissance : 10/01/1950			
Adresse : Email = mabrour@guacil.com			
Tél. : 0661326392 Total des frais engagés : 5162,00 DH Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 130/08/2019			
Nom et prénom du malade : MABROUR MOHAMED Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Appel 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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **03/09/2019**

MAB
ublou
MUPRAS

RELEVE 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
30 Août 2019	C 3	1/3	300 Dh	INP : Professeur El. M. Al Attar Chirurgien Urologue 76, Bd. Abdellah Ben Casabian Télé: 0522.25.3836-Fax: 0522.25.2252

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIB Dr. NAGUIB Nadia 34, Bd. Oued Souira - Oulfa Casablanca - Tel: 05.22.89.28.27	300819	362,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

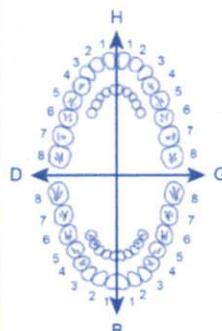
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
500 Dh	30 Août 2019	23435	Professeur El. M. Al Attar Chirurgien Urologue 76, Bd. Abdellah Ben Casabian Télé: 0522.25.3836-Fax: 0522.25.2252

AUXILIAIRES MEDICAUX

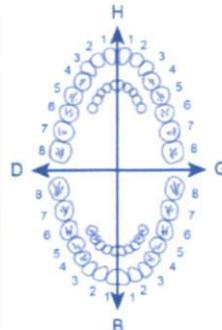
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Cœliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. ELMRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

PHARMACIE
Dr. EL MRINI NAJAGUIB
334, Bd. Oued Daoura - Oulata
Casablanca - Tel: 05.22.89.28.27

D.r EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le.....

30 AOÛT 2019

u mabawa Ahmed

109,70

Coupage 0,1g

S.V.

153,30

PERMIX 0,1g

S.V.

99,00

PROXIME 200

sur 2L x 1g

S.V.

362,00

~~Kit 150 (77A)~~

~~1 Ltr 2L~~

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue

76, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05.22.25.36.36 - Fax: 05.22.25.88.80 - E-mail: elmrini_mohamed@hotmail.fr

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

E-mail : elmrini@hotmail.com

GSM : 06 61 16 33 03

334, Bd. Oued Daoura - Oulata
Casablanca - Tel: 05.22.89.28.27

Tél: 05.22.25.36.36 - Fax: 05.22.25.88.80 - E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 07 35 76

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

30/08/2019

Casablanca, le.....

NOTE D'HONORAIRE

Nom: Mr MABROUR

Prénom: MOHAMED

Date:30/08/2019

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. Consultation | C ₃ =300dhs |
| 2. Echographie rénale et vesico-prostatique | Z _{35+35/2} =500dhs |

TOTAL=800.00dhs

(Montant total s'élevant à huit cent dhs)

AVEC REMERCIMENTS

Professeur EL MRINI MOHAMED
Chirurgien Urologue
76, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél:0522 25 36 36 - Fax:0522 25 36 50

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 الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le

30/08/2019

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE

Nom du patient : MR MABROUR MOHAMED

Examen pratiqué le : 30/08/2019

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 87g.

*Résidu post- mictionnel de moyenne abondance.



Nom du Patient MABROUR, MOHAMED

ID Patient_0661326392

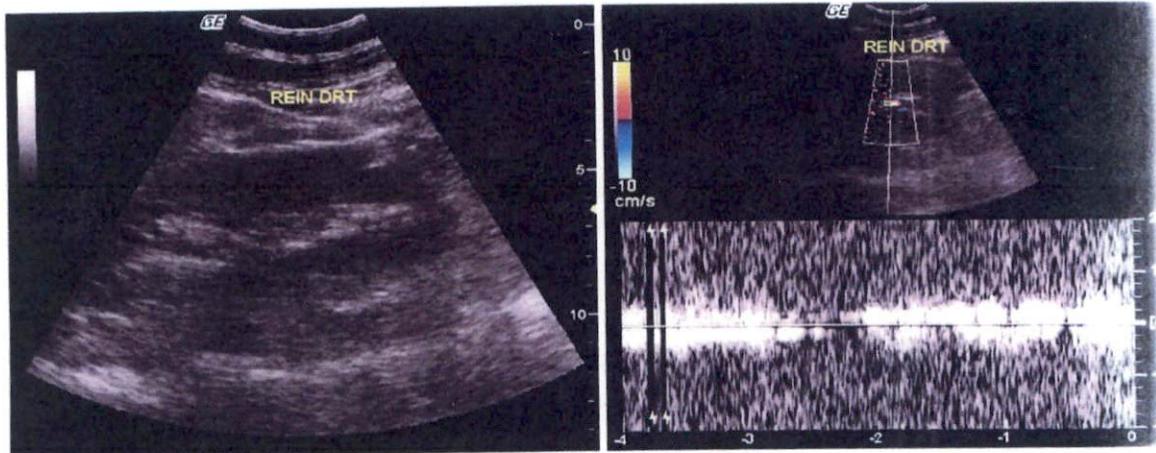


Image 1



Image 2

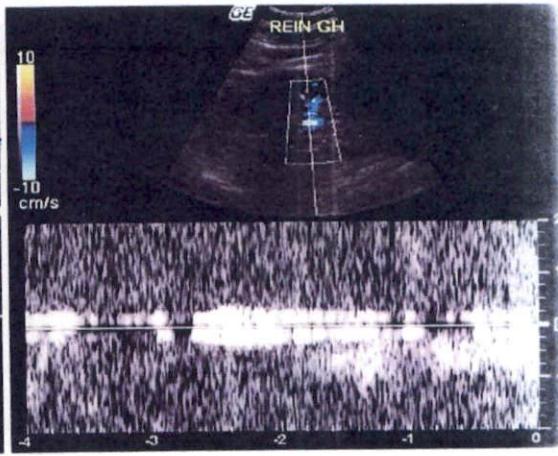


Image 3

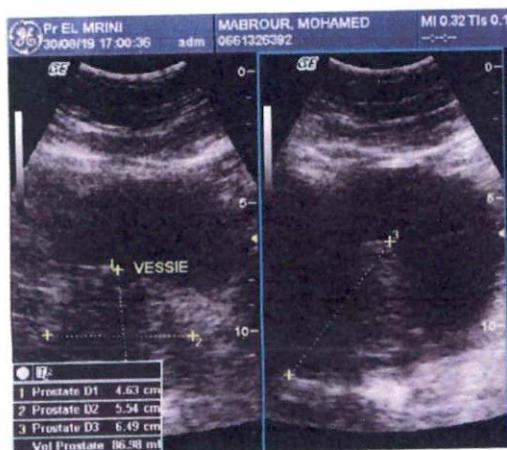


Image 4

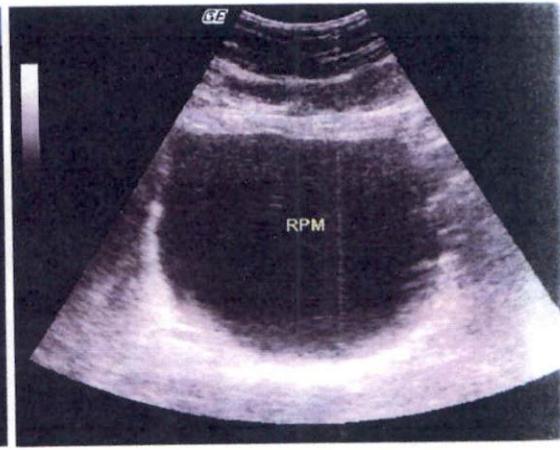


Image 5

Image 6