

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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.

**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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 724 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASMI N.DUREDDINE

Date de naissance : 1 1 - 1948

Adresse : Ramakel 87 BP. BANAFSAJ AU MELLAL

Tél. : 0661295540

Total des frais engagés : 4146

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : 09 SEP. 2019 ..... 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) : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	<b>DROITE</b>				
	<b>GAUCHE</b>				
<b>HAUT</b>					
<b>BAS</b>					
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
	<b>DROITE</b>	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>H</b>	
	<b>GAUCHE</b>	D	G		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession					
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <b>Mle</b>			
DECLARATION N°		<b>W18-404227</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

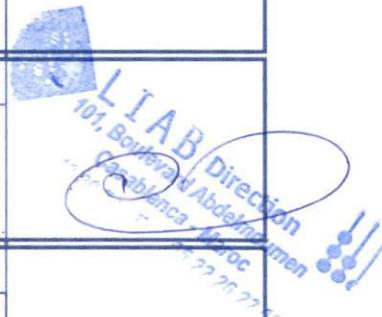


**W18-404227**

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		<b>Mle</b>	MEDECIN
Nom & Prénom .....			
Fonction : .....	Phones : .....		
Mail : .....			
Prénom du patient .....			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie .....		Date .....	
		Date 1ère visite .....	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes .....		Nbre de Coefficient .....	Montant détaillé des honoraires .....
<b>PHARMACIE</b>		Date .....	
Montant de la facture .....			
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b> Date .....			
Désignation des Coefficients 07/08/19		Montant détaillé des Honoraires PS 300 300 DH	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date .....			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

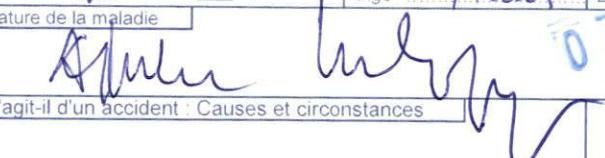
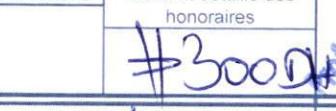
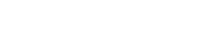
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins

ODF, Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
		H		
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle 724
DECLARATION N°	W18-404228	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	4846 (4746)	5

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 724	                     <img alt="Handwritten signature of the subscriber" data-bbox="750 91
--------------------------	--	---------	--

# 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.....

07 AOUT 2019

Mr. M. Mrini Mohamed

3546,-

Dr. M. Mrini Mohamed

1



Dr. M. Mrini Mohamed  
PHARMACIE MELAK  
33, Rue Sidi Ali Zouhri, Habiba  
Tél: 05 22 25 95 86

Maphar  
Km 11, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Al sebaa Casablanca  
Decapeptyl 1p 11,25mg Ivo b1  
P.P.V : 3546,00 DH



6 118001 180776

Professeur EL MRINI 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

## Pharmacie MALAK

Docteur Habiba LEMSEFFER  
33, rue Saria Ibnou Zounaim  
Palmiers - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 95 86  
R.C. : 239102  
T.P : 347312226  
C.N.S.S. : 2344555  
I.F. : 42504101  
ICE : 001615103000024



صَدِلَيَةُ مَلَكٍ

الدكتورة حبيبة المسفر  
33، زنقة سارية ابن زريم  
حي النخيل - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 25 95 86

## FACTURE

№ 785

**M** CASINI Nove Adine Casa

Casablanca, le 07/08/13

# 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 07/08/2009

Mr KASMI NOURRIDDIAH

PSA



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



Casablanca le, 07-08-2019

## FACTURE N° 000110384

**Nom, Prénom du patient :** Mr Noureddine KASMI**Date de l'examen :** 07-08-2019**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 1908070169**Médecin demandeur :** Ordonnance interne**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0361	PSA	B300	B

**Total des BHN :** 300**Montant total en chiffre :** 300DHS**Montant Total en lettres :** trois cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.





**LIAB**

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



ACCREDITATION N° 8-4189  
PORTEE DISPONIBLE SUR  
WWW.COFRAK.FR

## COMPTE RENDU D'ANALYSES

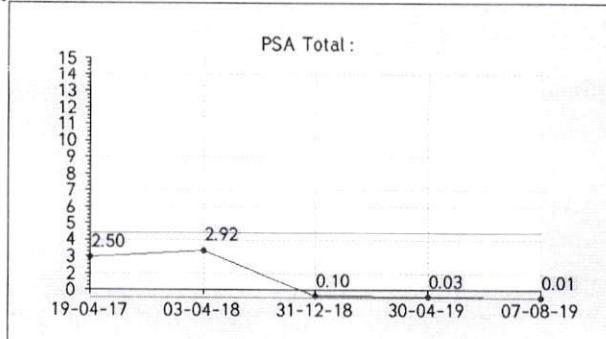
Medecin Prescripteur : Ordonnance interne  
Spécialité :  
Adresse :  
Correspondant :  
Edition du: 07-08-2019 à 17:26

Dossier N° : 1908070169  
MR NOUREDDINE KASMI  
Né(e) le : 01-01-1948  
Prélevé : au labo le 07-08-2019  
à 14:46

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
<b><u>MARQUEURS TUMORAUX</u></b>			

**PSA Total : [\*]** 30-04-2019  
(Sérum – CMIA – ARCHITECT ABBOTT) 0.009 ng/ml (<4.000) 0.030  
0.01 µg/l (<4.00)

Les concentrations en PSA sérique ne devront pas être interprétées comme preuve absolue de la présence ou de l'absence d'un cancer de la prostate.



NB : Les prestations rapportées dans ce document couvertes par l'accréditation sont identifiées par le symbole [\*]

Demande validée biologiquement par : Dr.UWINGABIYE JEAN



Page 1 sur 1

### Horaires d'ouverture

**Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi et Jours Fériés : 7h30 - 13h00**

Adresse : 101, Bd Abdelmoumen, Casablanca - Fix : 05.22.42.39.55/60 - GSM : 06 61 85 78 48 Fax : 05.22.26.22.09 - E-mail : contact@liab.ma  
Site Web : www.liab.co.ma - IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV