

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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](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)

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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0047978

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASMI NOUREDDINE

Date de naissance : 1. 1 - 1948

Adresse : Namakel 87 BP. BANAFSAJ AU MED VI

Tél. : 0661295540 Total des frais engagés : 4146 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) :

# 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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-404227	
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		

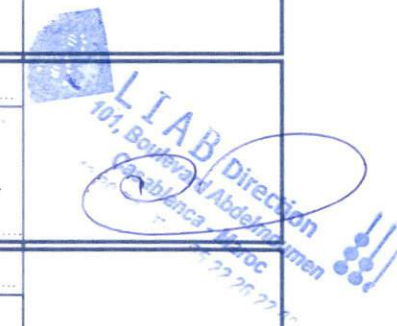


W18-404227

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom .....		
Fonction : .....	Phones : .....	
Mail : .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....
Nature de la maladie	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 - RADIOGRAPHIES</b>	Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
07/08/19	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	D 00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
G														
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnement thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle 724
DECLARATION N°	W18-404228	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	4846 / 4146	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		



W18-404228

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 724
Nom & Prénom KASMI NOUREDDINE		
Fonction Rekroute	Phones 0661295540	
Mail nour.kasmi@gmail.com		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 71ans
Nature de la maladie	Date 07 Jan 2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C3		#3000

<b>PHARMACIE</b>	Date 02.08.15
Montant de la facture	3566

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>					Date
Nombre					Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV		

5246  
 11/11/15  
 33, Rue Sidi Ibrahim Zoun, Im. Palmier  
 Tél: 05 24 25 55 81  
 Dr. LEMMER  
 Chirurgien Urologue

# 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

M. Khatir Mohamed

3546.~

Dr. CHAKRYL H. V.

14 / 20



PHARMACIE MALAK  
Docteur LEMSEFFER Habiba  
33, Rue Saria Ibnou Zounaim - Palmiers  
Tél: 05 22 25 95 86

Maphar

Km 10, Route Côtière 111, O

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Decapeptyl Ip 11,25mg lyo b1

P.P.V: 3546,00 DH



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

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



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

## FACTURE

no 785

Casablanca, le 07/08/13

M<sup>r</sup> Casini nous eddime

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
De Capentel	11.71	3546m	3746m



# 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

07/08/2019

M. KASMI NOUREDDINE

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

**LIAB**

المختبر الدولي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 07-08-2019

**FACTURE N° 000110384****Nom, Prénom du patient :** Mr Nouredine 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.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

**E-mail :** contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma**IF :** 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34720627 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE :** 107159782**Banque :** attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20



# LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



ACCREDITATION N° 8-4189  
PORTEE DISPONIBLE SUR  
WWW.COFRACT.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
----------	-----------	--------------------------	--------------

### MARQUEURS TUMORAUX

**PSA Total : [\*]**

(Sérum - CMIA - ARCHITECT ABBOTT)

0.009 ng/ml

(<4.000)

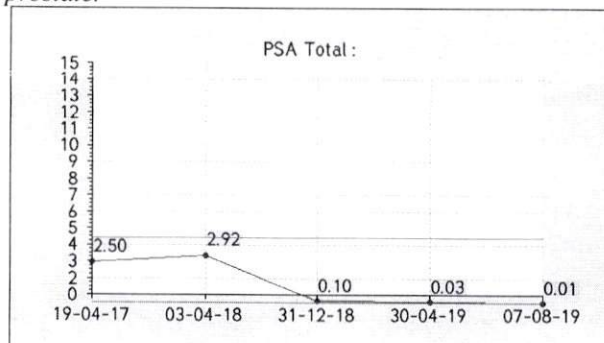
30-04-2019

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

