

## 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

Le 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)

Déclarant : *Kh. Khalil YOUSSEF*

N° : W19-43320  
ND: 43320  
NP: 13370

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Optique
— Cadre réservé au —	— Autres —
Matricule : <i>11</i>	Société : <i>RAM</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <i>Kh. Khalil YOUSSEF</i>	
Date de naissance : <i>19/06/86</i>	
Adresse : <i>Casab</i>	
Tél. : <i>0662049990</i> Total des frais engagés : <i>2629</i> Dhs	
Prof. Redouane RABII	
Cadre réservé au Médecin : <i>Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zayed Prof. Redouane RABII - Transplantation rénale</i>	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <i>10/12/2019</i>	
Nom et prénom du malade : <i>M. Khalil YOUSSEF</i> Age : <i>33</i>	
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <i>Frère</i> <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Maladie rénale</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Accident vege/Ram</i>	
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 : *Casab* Le : *10/12/2019*

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/19 20/01/15	OS		300.00	INP : 091037411 Hôpital Cheikha Roudouane Prof. Redouane R Urologie - Transplantation
Fax : 05 20 41 11 11				
Email : contact@chirurgie-urologie.com				

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHU de Rennes Prof. Radiologie 03/03/2013	10/12/2013	Abdomen B1298	1764,32 DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		Coefficient des travaux <input type="text"/>		
		Montants des soins <input type="text"/>		
		Date du devis <input type="text"/>		
		Date de l'exécution <input type="text"/>		

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

101 No AA3120  
EXP 02/2021  
SN AE075066078901

三

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le:

10/12/1999

M. KHALIFA  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Rabia Oum Rabia  
Urologie - Transcolique - Uro-SRF

SA

19

h 50 x 1

1d

1 mo

Pharmacie les Pyramides  
Dr. Elmustapha GHANDAF  
6, Bis Bd. Abderrahim-Bouabid  
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca  
INPE: 092049451 - IQE: 002072066000035

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Rabia Oum Rabia  
Urologie - Transcolique - Uro-SRF  
INP: 691837765



## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

10/11/2019

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Prof. Rejeil Rabii RABII  
Urologie - Transplantation rénale  
M. KHALKHAL YOUSSEF  
INP: 69187765  
DU: 69187765

YOUSSEF

sy/lejhr Taib  
UDR

louyadi

Heb  
HRY

LABO BENJELLOUN  
M KHALKHAL YOUSSEF  
DDN 11-05-1986  
1912112036

Centre de dialyse  
109, Bd. Omar Al Khayam  
Casablanca  
Tél : 0522.30.33.50  
Fax : 0522.30.33.50

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Prof. Rejeil Rabii RABII  
Urologie - Transplantation rénale  
DU: 69187765

## وصفة طبية Ordonnance

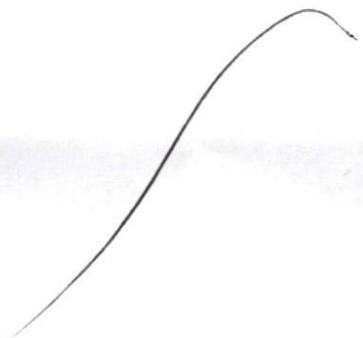
Casablanca, le :

10/12/119

M. KHALIL KHALIFA  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Redouane RABII  
Urologie - Transplantation rénale  
INP: 091037705

Dynamie

→ Ecographie  
Vérification  
protéagine



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. Redouane RABII  
Urologie - Transplantation rénale  
INP: 091037705

**LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES**  
109, Boulevard Omar Al Khyam (En face du CAFC)- Beauséjour 20200 CASABLANCA  
Tel: 05 22 39 32 84/53 Fax: 05 22 39 33 65 Web: [www.labobenjelloun.ma](http://www.labobenjelloun.ma)

CNSS: 644 1 662 IF: 5110 2718 PATENTE: 3482 3087

**Dr Najib BENJELLOUN**

—Médecin Biologiste—  
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

**FACTURE N°: 1912112036**

Date : 11-12-2019



**M YOUSSEF KHALKHAL**

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
0269	Chlamydiae trachomatis	B180	B
0329	HIV 1 + HIV (1 +2) Dépistage	B200	B
	Herpes simplex virus type 2 (IgG et IgM)	B400	B
	Herpes simplex virus type 1 (IgG et IgM)	B400	B
	Sérologie qualitative de la syphilis	B100	B

**Total des B : 1298**

Montant total: : 1764.32 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent soixante-quatre dirhams trente-deux centimes.**

Dr Najib BENJELLOUN  
109, Boulevard Omar Al Khyam (En face du CAFC)- Beauséjour 20200 CASABLANCA  
Tel: 05 22 39 32 84/53 Fax: 05 22 39 33 65 Web: [www.labobenjelloun.ma](http://www.labobenjelloun.ma)

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 151222 / 2019 du 10/12/2019

Nom patient	<b>KHALKHAL YOUSSEF</b>	Entrée	<b>10/12/2019</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>10/12/2019</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
Email : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

## Reçu de caisse

N° : 191210144555RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900152556	KHALKHAL YOUSSEF	10/12/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4949	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 14 77  
E-mail : contact@icd.mor.bek.ma  
N°INP 090061332

Casablanca le, 10/12/2019

Patient : **Mr KHALKHAL YOUSSEF**  
Médecin traitant : **Pr RABII REDOUANE**  
Examen réalisé : **Echographie vésico-prostatique**

**Renseignement clinique :** Dysurie

**Résultat :**

- Vessie souple de capacité réduite et paroi épaissie
- Absence d'image de lithiase échographique
- Absence d'anomalie endoluminale
- Prostate homogène de 58g avec lobe médian IPP grade II
- RPM : 50mL

**Au total :**

Hypertrophie prostatique homogène de 58g avec lobe médian IPP grade II et  
RPM : 50mL

**Signé :**

**Pr Redouane RABII**



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 151309 / 2019 du 10/12/2019

Nom patient	<b>KHALKHAL YOUSSEF</b>	Entrée	10/12/2019
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	10/12/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Echographie abdominale	1,00		400,00	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>400,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm.hck.ma  
N°INP 090061862

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 191210155959IL / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900152643	KHALKHAL YOUSSEF	10/12/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4953	400,00
Total payé		400,00

Reçu établi par : LH.FIR

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm-bz.ma  
N°INP 090061852



# مختبر بنجلون للتحاليلات الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon  
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**PR REDOUANE RABII**

Date de l'examen: 11-12-2019

**M KHALKHAL YOUSSEF**

Date de naissance: 11-06-1986

Dossier N° : 1912112036



### SEROLOGIE INFECTIEUSE Cobas E411(ROCHE)-AIA 360(TOSOH)

#### Sérologie de la Syphilis (Tréponématose)

**TPHA Qualitative**

(Electrochimiluminescence Cobas Roche)

0,101

(<1,000)

**VDRL Qualitative**

(Précipitation d'une solution sous forme colloïdale)

Négative

Conclusion

Sérologie syphilitique négative.

#### Sérologie Virus Immunodéficience Humaine (HIV)(5ème Génération: combo Ag p24 + Ac)

10-10-2018

**Indice**

(Electrochimiluminescence Cobas Roche)

0,264 S/Co

(<1,000)

0,371

**Résultat**

Sérologie Négative

#### Sérologie Chlamydia Trachomatis

10-10-2018

**IgM**

(Technique Elisa sur Alegria)

5,00 UI/ml

(<20,00)

1,40

**IgG**

(Technique Elisa sur Alegria)

118,90 UI/ml

(<20,00)

13,30

Interprétation:

< 20	Négatif
20 à 25	Équivoque
>25	Positif

**Conclusion :**

Sérologie en faveur d'une infection ancienne.

مختبر بنجلون للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06008.603.40 / 0622.99.32.84/53  
Fax : 0622.69.33.65



Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax: 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 IF : 51102718 PATENTE : 34823087 ICE : 001686316000007 INP : 93001360

1/2



Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

PR REDOUANE RABII

Date de l'examen: 11-12-2019

### M KHALKHAL YOUSSEF

Date de naissance: 11-06-1986

Dossier N° : 1912112036



#### Sérologie de l'HSV type 1(HERPES SIMPLEX VIRUS)

IgG

(Westernblot (Euroimmun))

IgM

(Westernblot Euroimmun)

Conclusion

**Sérologie positive.**

Sérologie négative

Présence d'Ig G et absence d'Ig M. Infection ancienne probable.

#### Sérologie de l'HSV 2(HERPES SIMPLEX VIRUS)

IgG

(Westernblot Euroimmun)

IgM

(Westernblot Euroimmun)

Conclusion

Sérologie négative

Sérologie négative

Absence d'anticorps spécifiques de l'herpès. Le patient n'a jamais été en contact avec le HSV 2.

مختبر بنجلون للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 / 0622.39.32.84/53  
Fax : 0622.39.33.65



Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 IF : 51102718 PATENTE : 34823087 ICE : 001686316000007 INP : 93001360

B HI  
 Fr 0.0 mm/s  
 0- Gr 2  
 El 15  
 Carte 0/0  
 D 18.0 cm  
 DR 69  
 FR 25 Hz  
 AO 100 %

38:1166 (1.546.9 s)

116  
 d 8.64 cm  
 d3 0.00 cm

B Mode Fréquence Faisceau N° P Dynamique SR HD P-P Focales Nbre Focales Largeur

10/12/19 15:28:07

Menu

B HI  
 Fr 0.0 mm/s  
 0- Gr 2  
 El 15  
 Carte 0/0  
 D 18.0 cm  
 DR 69  
 FR 25 Hz  
 AO 100 %

116:116 (4.74.7 s)

+ Abdomen  
 Dr Gauche  
 (Z) % de sténose  
 (X) Volume  
 (C) Angle  
 (V) Volume rénal  
 (L) Ratio A/B  
 (I) Diam.Ao  
 (P) Longueur Rénale  
 P.d.travail Direct Rep.

1 d3 3.57 cm  
 Vol 9.77 ml  
 2 d1 4.66 cm  
 3 d2 4.92 cm  
 Vol 86.04 ml  
 4 d1 6.78 cm  
 5 d2 1.13 cm  
 d 8.60 cm  
 d3 0.00 cm

Measures Mode % de sténose Volume Angle Volume rénal Ratio A/B M&A Dérouler

10/12/19 15:25:37 Placer le premier point

Menu

B HI  
 Fr 0.0 mm/s  
 0- Gr 2  
 El 15  
 Carte 0/0  
 D 18.0 cm  
 DR 69  
 FR 25 Hz  
 AO 100 %

116:116 (4.74.7 s)

+ Abdomen  
 Dr Gauche  
 (Z) % de sténose  
 (X) Volume  
 (C) Angle  
 (V) Volume rénal  
 (L) Ratio A/B  
 (I) Diam.Ao  
 (P) Longueur Rénale  
 P.d.travail Direct Rep.

1 d3 3.57 cm  
 Vol 9.77 ml  
 2 d1 4.66 cm  
 3 d2 4.92 cm  
 Vol 86.04 ml  
 4 d1 6.78 cm  
 5 d2 1.13 cm  
 d 8.60 cm  
 d3 0.00 cm

Measures Mode % de sténose Volume Angle Volume rénal Ratio A/B M&A Dérouler

10/12/19 15:25:30 Placer le premier point

Menu