

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.

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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066565

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Belamine EL Habib
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, thérapeutique: nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° | W18-405674 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | | |

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



W18-405674

DATE DE DEPOT

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

| | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle |
| Nom & Prénom | | M. BELLAHABIB |
| Fonction : | Phones..... | |
| Mail | | |
| MEDECIN | 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 |
| C3 + Vrody | 1 | \$ 3000 DH |
| PHARMACIE | Date | Montant de la facture |
| | 24/07/2020 | \$ 3000 DH |
| T = 79,30 DH | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date : |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date : |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM |
| | | IV |



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 04 JUL. 2020

« Remunerie EL MRINI »

TELAZOLINE 500

79,10

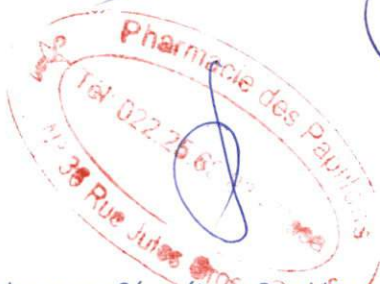
14 le 04



2020

T = 79,10

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

Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés



6 118000 230489

المرجو إحترام الجرعات
الموصوفة



Composition :

Chaque comprimé contient :

Térazosine (D.C.I) 5 mg

Sous forme de Chlorhydrate dihydraté

Lactose, amidon de maïs, laque bleu indigo Carmin,

laque rouge ponceau 4R (E-124) et autres excipients.

Pour plus d'information consultez la notice.

تيرازوسين نورمون 5 ملغ

علبة من 30 قرص
عن طريق الفم

يحتفظ به بعيداً عن متناول و بصر الأطفال.
لا توجد احتياطات خاصة للتخزين.

تحت وصفة طبية.
المرجوا قراءة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء.
الجدول أ (اللائحة أ).



NORMON

مكونات :

كل قرص يحتوي على :

تيرازوسين (إ.ع.) 5 مغ

على شكل كلوريد هيدرات ثنائي هيدرات.

لاكتوز، نشا الذرة والورنيش نيلى اللون القرمزي

و الورنيش الانثى 4R (E-124) و سواغات أخرى.

لمزيد من المعلومات، انظر التعليمات

TERAZOSINE NORMON® 5 mg
Térazosine

30 comprimés

110152

TRZ5FA/1

12/18

N° AMM : 406/18 DMP/21/NRQ

TERAZOSINE NORMON® 5 mg Térazosine

LOT: 12820004
PER: 01/2023
PPU: 79,50 DH

Boîte de 30 comprimés
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Pas de précautions particulières de conservation.
Sous ordonnance médicale.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.
Tableau A (Liste I).

Respecter les doses
prescrites

Laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI-Lot 149-Had Soualem- Province de Berrechid Maroc
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable

المختبر الصيدلاني ابيهما. م.ص، رقم 149 حد السواط إقليم برشيد، المغرب.
الصيدلي المسؤول : نادية ابن تابت

102x43x23

Chaque comprimé contient 25 mg de mirabegron.
Voie orale.

Le comprimé doit être avalé entier. Ne pas écraser les comprimés.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

155728



France

Représentant local : Astellas Pharma

26 Quai Charles Pasqua, F-92300 Levallois Perret

Betmiga 25 mg, comprimés à libération prolongée

Médicament autorisé n° 34009 273 182 5 2

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.



**BETMIGA + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, l'adolescente ou la femme
en âge de procréer, et sans
contraception efficace sauf en
l'absence d'alternative thérapeutique



03400927318252

18F03/37

05 2021

300064240135

Astellas Pharma Europe B.V.
Sylviusweg 62
2333 BE Leiden
Pays-Bas

EU/1/12/809/003

PC:

Lot:

EXP:

SN:

Betmiga™ 25 mg
comprimés à libération
prolongée
mirabegron

Betmiga™ 25 mg

comprimés à libération prolongée
mirabegron

*Acheté en France
n'existe pas en MAROC*



Betmiga™ 25 mg

comprimés à libération prolongée
mirabegron

30 comprimés à libération prolongée



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 14 JUL. 2020

Mr. Mohammed EL KASSAB

RETENIR

14 JUL

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

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

04/07/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom: **Mr BELLAMINE**

Prénom: **ELHABIB**

Date: 04/07/2020

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. Exploration Urodynamique | $C_3 = 3000\text{dhs}$ |
| 2. Consultation | $C_3 = 300\text{dhs}$ |

TOTAL=3300.00dhs

(Montant total s'élevant à trois mille Trois cent dhs)

CENTRE D'EXPLORATION UROLOGIQUES

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Société Internationale d'Urologie

Casablanca, le 14 JUL 2020

الدكتور المروني محمد
أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
مدير الجمعية المغربية لطب الكلى والمسالك البولية

CARTE BANCAIRE

A0000000022010

CB

le 17/07/20 a 12:39:01

PHCIE DE FRANCE

06000NICE

2456553

80005481900019

30002

*****3168

5DB775C1658D3125

103 002 005389

C @

No AUTO : 506964

MONTANT= 55,50 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

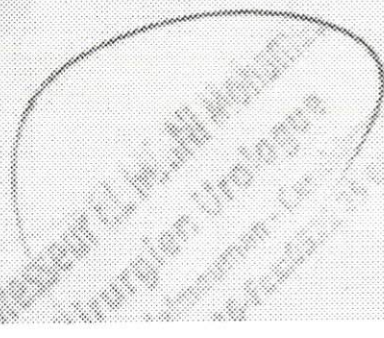


ETNIEN

55,50

14

h





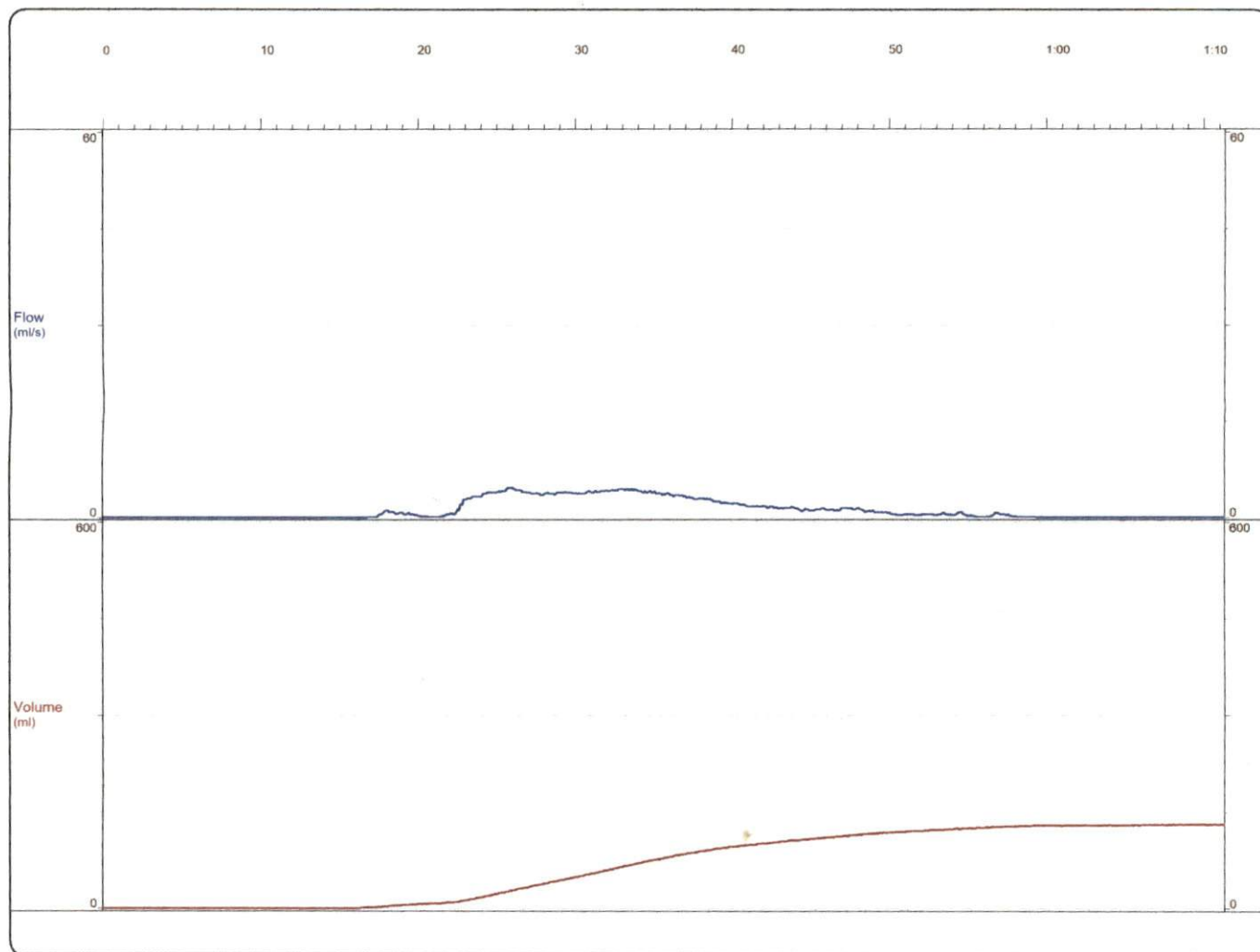
Nom Patient: EL HABIB BELLAMINE
Date de naissance: 01/01/1941

Patient ID#: 2012
Date examen: 07/04/2020

Taux : 1.00 mm/s

| | Démarre r profil 1 |
|--------------------------|-----------------------|
| Longueur | 15 |
| Démarrer | 1.5 |
| Fin | 16.8 |
| Maximum | 29 |
| Obstruction Zone Max | 0 |
| Longueur zone continence | 9 |
| Surface Zone continence | 74 |

Débitmétrie



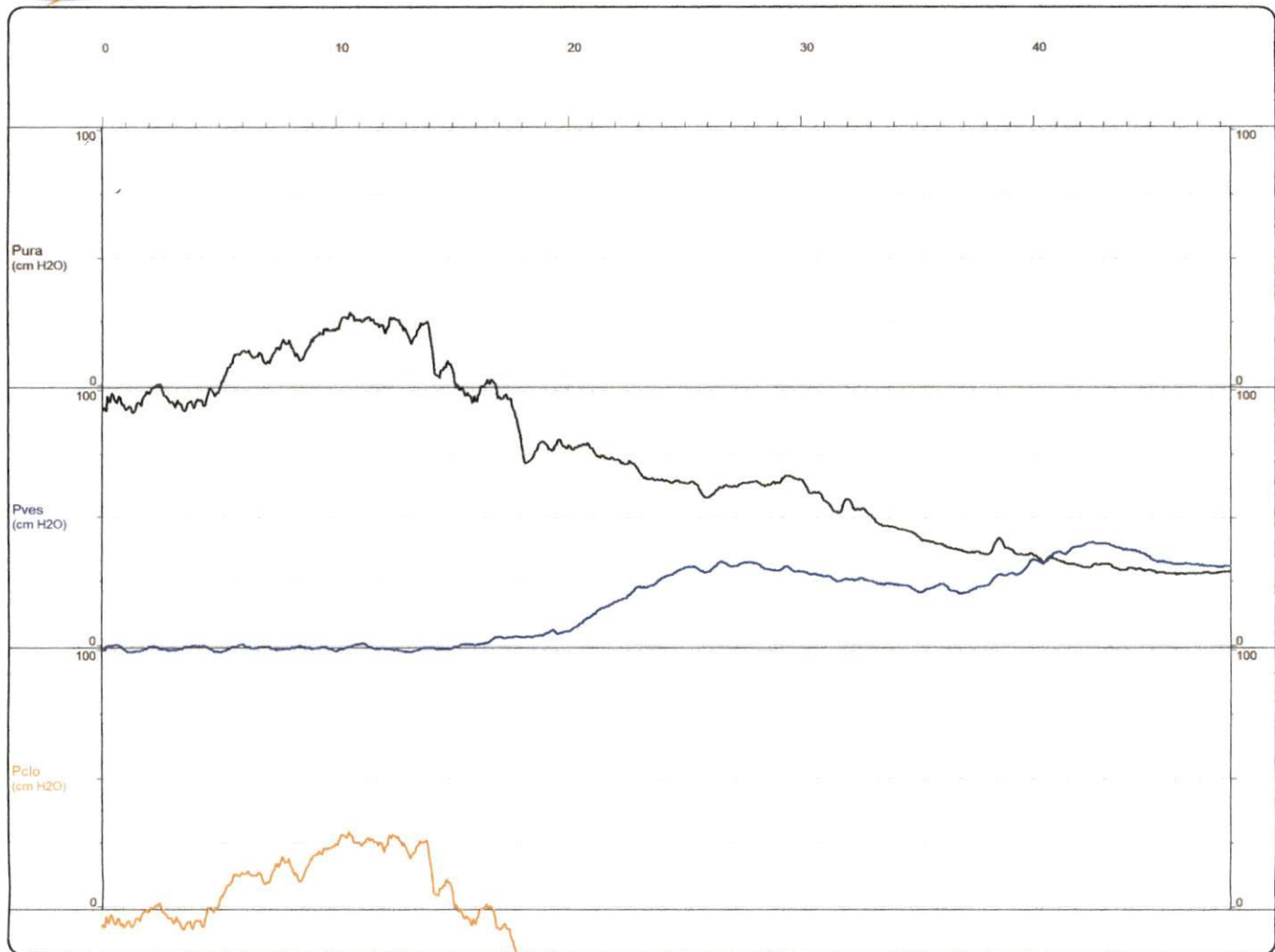
- Uroflow Test Graph

Cystométrogramme :



Nom Patient: EL HABIB BELLAMINE
Date de naissance: 01/01/1941

Patient ID#: 2012
Date examen: 07/04/2020

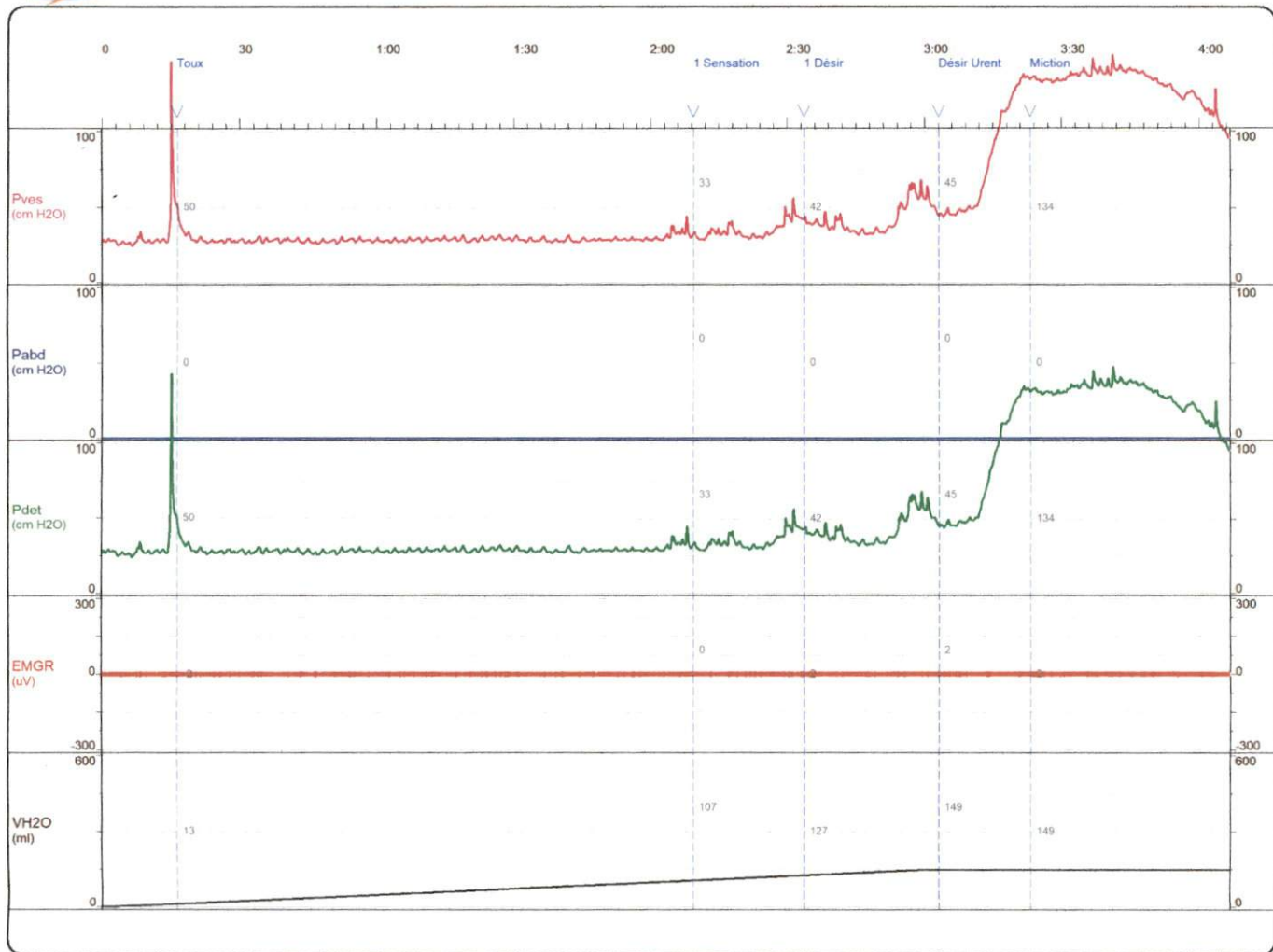


- UPP Test Graph



Nom Patient: EL HABIB BELLAMINE
Date de naissance: 01/01/1941

Patient ID#: 2012
Date examen: 07/04/2020



- Cystometrogram Test Graph

Profil urétral - PPU

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Nom Patient: EL HABIB BELLAMINE | |
| Médecin: Pr Mohammed Elmrini | |
| Genre: male | Patient ID#: 2012 |
| Date de naissance: 01/01/1941 | Âge: 80 yr. |
| Date examen: 07/04/2020 | |
| Commentaire: | |

Diagnostic:

vessie a sensibilité augmentée
vessie normo compliante
présence d'une hyperactivité vésicale
capacité vésicale réduite
pression de clôture paraît dans les normes
débit max à 4.7 ml/s
absence de RPM

Sommaire débitmétrie: 07/04/2020

| | Valeur | Unité |
|---------------------|---------|------------|
| Débit max: | 4.7 | ml/sec |
| Débit moyen: | 3.9 | ml/sec |
| Durée débit | 41.5 | mm:ss.S |
| Débit durée: | 32.4 | mm:ss.S |
| Temps à débit max: | 9.1 | mm:ss.S |
| Volume Débit: | 126.9 | ml |
| Débit à 2 secondes: | 0.7 | ml/sec |
| Accélération: | 0.5 | ml/sec/sec |
| Miction: | 4/130/- | |
| Volume résiduel: | 0 | ml |

Cystométrie: 07/04/2020

Résultats examen

| Nom : temps et événement | Pves | Pabd | Pdet | EMGR | IH2O | VH2O |
|--------------------------|-------|------|-------|------|------|-------|
| 16.6 Toux | 49.9 | 0.0 | 49.9 | -2.4 | 50.0 | 12.7 |
| 2:09.5 1 Sensation | 32.6 | 0.0 | 32.5 | 0.0 | 50.0 | 106.8 |
| 2:33.9 1 Désir | 42.3 | 0.0 | 42.2 | 1.6 | 50.0 | 127.1 |
| 3:03.3 Désir Urent | 44.9 | 0.0 | 44.9 | 1.6 | 0.0 | 149.1 |
| 3:23.4 Miction | 134.4 | 0.0 | 134.3 | 2.4 | 0.0 | 149.1 |

Profil urétral : 07/04/2020

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 30