

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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-

067258

ND: 41556

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi. Saïd

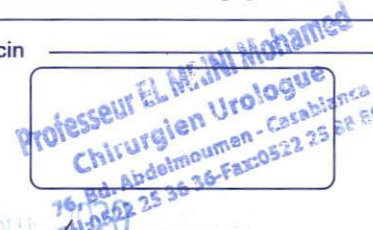
Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 0661453762 Total des frais engagés : 1029,86 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/2020

Nom et prénom du malade : M. BENCHERIF Sidi. Saïd Age: 68 ans

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 : Casablanca Le : 11/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

25 SEP. 2020

ACCUEIL

RELEVÉ 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
		C3	\$3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/20	302,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/09/20	153,00	427,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le 18/08/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. R. BENSCHERIF Sidi Soud

Présente Adm. M. Zoukro

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 ans

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur **EL MEANI Mohamed**
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelkader - Casablanca
Tel: 0522 22 31 36 Fax: 0522 25 88 80

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - Onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Casablanca, le
18 AOUT 2020

à l'attention de Monsieur

193,10
109,70

Contiflo 0,4

302,80

à l'attention de Monsieur

Pharmacie LILAS.M
Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Profess
Chir

76, Bd. Abdelmoumen
Tél 0522 25 36 36-Fax



76, Bd Abdelmoumen, Rés.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

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

PPV: 193DH10

CODE No. MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

CEUTICALS MOROCCO LLC

assan 1er,
nca, Maroc.

CEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

كونتفلو [®]

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - Onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Casablanca, le

18 AOUT 2020

u bon examen bon jour

PSH

RE DE BIOLOGIE
HOPITAUX « CBII »
Casablanca

220 35 36
fax: 05 22 20 35

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 20 35 36

76, Bd Abdelmoumen, Rés.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

LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HOPITAUX
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca
Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74 Fax : 05.22.20.35.15
Patente : 36332437 I.F. : 40288423 CNSS : 8036726
N° ICE : 0017 10887 0000 07 Code INPE: 093062362



FACTURE No : 147152

Casablanca, le : 23/09/2020

Analyses effectuées le .. : 23/09/20 à 09h50
Sur prescription du : Dr EL MRINI Mohamed

Identité Patient : Mr. BENCHERIF Sidi Saïd
Code Patient : 52198

BILAN :

1 PSA PSA (ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE) B 300

TOTAL B : 300

TOTAL HN : 0

0

MONTANT : 427,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 427,00 DH

Dr. M. BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

DES HOPITAUX
3, Rue du Colonel Gros
41-05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74

EXAMEN du : 23/09/20 à 09h50

Edité le : 23/09/20 à 12h16

Mr. **BENCHERIF** Sidi Saïd

Patient 52198 Né(e) le 01/02/1952

Dr. EL MRINI Mohamed

Prélèvement effectué au Laboratoire

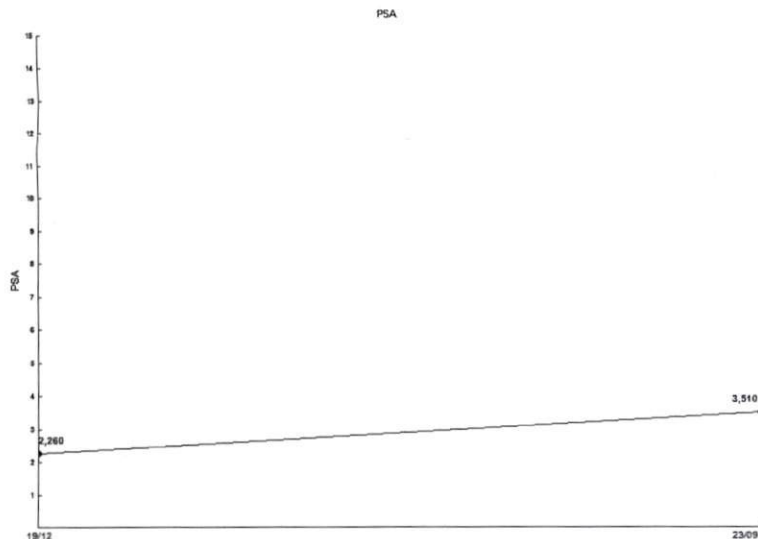
Page : 2 / 2

Remarques

Le dosage du taux sérique du pro-PSA est disponible en routine, ainsi que le calcul de l'index PHI.

L'index PHI améliore la valeur diagnostique du PSA seul, il est plus spécifique et permet une meilleure détection des cancers de prostate.

Il est surtout utile pour les patients avec un taux de PSA entre 4 et 10 ng/mL dans la prise de décision de biopsie.



Dr BIOLOGISTE

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HOPITALAUX CBH
3, Rue du Colonel Goursat, Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 23/09/20 à 09h50

Edité le : 23/09/20 à 12h16

Mr. BENCHERIF Sidi Saïd

Patient 52198 Né(e) le 01/02/1952

Dr. EL MRINI Mohamed

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 1 / 2

MARQUEURS TUMORAUX

P.S.A. : ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

(Technique Chimiluminescence COBAS 6000 - ROCHE)

P.S.A ... 3,510

ng/mL (N : < 4,500)

19/12/19 : 2.260

Valeurs de référence du PSA selon l'âge

< 49 ans	< 2,000 ng/mL
50 - 59 ans	< 3,500 ng/mL
60 - 69 ans	< 4,500 ng/mL
70 - 79 ans	< 6,500 ng/mL

Interprétation

Ce résultat doit être interprété selon l'âge, les données cliniques, radiologiques et biologiques.

Dr BIOLOGISTE

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
(4) Fax: 05 22 20 35 15

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7

