

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

87065

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | KAMAL | |
| Matricule : 2798 | | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL | | Date de naissance : 20/05/1954 | |
| Adresse : K CHAKIB 10 8 YATHOO . FR | | Tél. : 0666663555 Total des frais engagés : 600 + 938,70 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|--|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 16/09/2021 | |
| Nom et prénom du malade : CHAKIB KAMAL Age : 66 | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : INSUFI | |
| 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 : CASA | Le : 16/09/2021 |
| Signature de l'adhérent(e) : | |

ZBS

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/09/21 | S + E. Rés. | | 605 Dh | INP : 14010721833 Dr. Mohamed BENELLOUN CHIRURGIEN UROLOGUE 21, Bd. El Anzarane, Etage 1 Casablanca Tel: 0522 99 99 22 - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie CHAAB Mme CHAABAI. K de Noshass El Nou, Mzarkif Tel: 0522 99 99 22 - Casablanca | 14/09/21 | 938,70 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

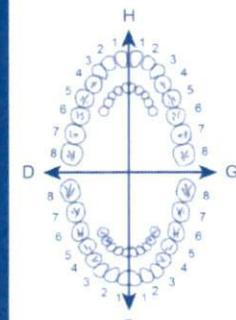
| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

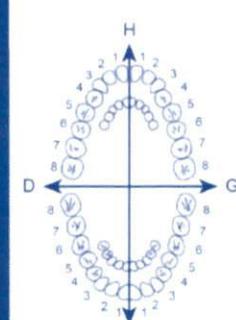
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 | INP : |
|---|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
|  | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DATE DU DEVIS [REDACTED] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433562 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433563 |
| B | | |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR
MOHAMED BENJELLOUN

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'Association Européenne

d'Urologie et de Sexologie

Diplômé en Cancers Uri-Genitaux



الدكتور
محمد بنجلون

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le

114 SEPT 2021

MAKIB KAMAL

187.70x3

① Uloric 80

كبسيل
ml/5ml

28.80x2 Algoji 3mgt

| | |
|-----|--|
| PPV | |
| LOT | |
| PER | |

29,80

Dr. Mohamed Benjelloun
Chirurgien Urologue
Casablanca, Etab
6522 5666

1 mastic
maârif
casablanca

② Vitaneuril

150mg 1 - T -
30.00

③ Cetra 1g

30,00

④ Prazol 20 100g Maârif 2021

Dr. Mohamed Benjelloun
Chirurgien Urologue
Casablanca, Etab
6522 5666

21, Bd Bir Anzarane 1er Etage, App1 - Maârif - en face de la poste - Casablanca

Tel.: 05 22 48 04 00 - CD: 001650781000025 - E-mail : m.benjelloun.uro@gmail.com

E 1838770

21, شارع بتر أنزاران، الطابق الأول، الشقة رقم 1- المعارض - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء

PPV

LOT

PER

28.80

PPV : 96DH00
PER : 08/23
LOT : K827-2

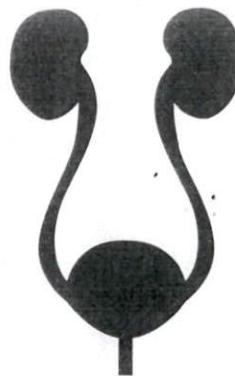
PPV : 96DH00
PER : 08/23
LOT : K827-2

PPV : 96DH00
PER : 08/23
LOT : K827-2

DOCTEUR
MOHAMED BENJELLOUN

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Membre de l'Association Européenne
d'Urologie et de Sexologie
Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



الدكتور
محمد بنجلون

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية
دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

Mr CHAKIB KAMAL

Casablanca, le ١٤ SEPT ٢٠٢١

Compte Rendu Echographique

Le Rein GAUCHE : est de taille normale, des contours réguliers. Sans pathologie particulier, Sans dilatation des cavités calicielles et sans images de sables urinaires. Il présente une bonne dédifférenciation cortico-médullaire avec un index cortical conservé, par ailleurs présence d'un petit kyste rénal séreux.

Le Rein DROIT : est de morphologie normale, et de position normale. Sans pathologie particulière et sans dilatation calicielle sans images de calculs urinaires. Il garde par ailleurs une bonne dédifférenciation cortico-médullaire avec un index cortical conservé.

VESSIE ET PROSTATE NON VU.

FOIE ET VB SANS PARTICULARITES.

LEGERE STEATOSE HEPATIQUE.

Au TOTAL : ASPECT ECHOGRAPHIE NORMAL .

M. Mohamed BENJELLOUN
CHIRURGIEN UROLOGUE
21, Bd Bir Anzarane, Etage 1,
Casablanca

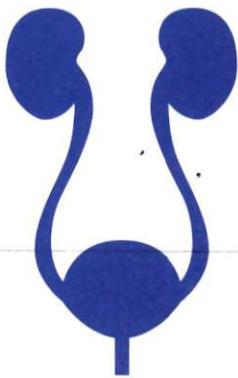
21، شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - المعريف - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء

21, Bd Bir Anzarane 1er Etage, App1 - Maârif - en face de la poste - Casablanca
Tél. : 05 22 98 04 04 - ICE : 001650781000025 - E-mail : m.benjelloun.uro@gmail.com

**DOCTEUR
MOHAMED BENJELLOUN**

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Membre de l'Association Européenne
d'Urologie et de Sexologie
Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



**الدكتور
محمد بنجلون**

جراح المسالك البولية والتناسلية

طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية
دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le

FACTURE

LE :14/09/2021

Mr CHAKIB KAMAL

consultation : 300DH

ECHOGRAPHIE :300DH

TOTAL :SIX CENT DH

Dr MOHAMED BENJELLOUN
CHIRURGIEN UROLOGUE
21 Bd Bir Anzarane Etage 1
Casablanca
Tél. 05 22 98 04 04