

# 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
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première.
- 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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

LABO BENJELLOUN

M GHAMMARTE MOHAMMAD

DDN 28-12-1951



die.

2209262022



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009708

131263

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARTE MOHAMMAD

Date de naissance : 29/12/1951

Adresse : Lot GYMER Rue 5 N°5 OASIS

CASABLANCA MAROC

Tél. : 0661419162 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : D. Adil OUZZANE

Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : GHAMMARTE Mohammadi Age : 71

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Problème d'urologie

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 : 09/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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



### 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
09/08/2022	C.S.		300 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DES CHANTIERS</b> Florence CHENARD 782713903 43 rue des Etats Généraux 78000 VERSAILLES Tél: 01 39 50 28 81	7/09/2022	213 € 84

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
مختبر بنجلون للتحاليل الطبية <b>LABORATOIRE BENJELLOUN</b> 109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour Casablanca Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/5 Fax : 0522 39 33 65	26/09/22	B300	375,76 DM

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Adil OUZZANE**

**Chirurgien Urologue - Andrologue**

Ex. Professeur associé à la faculté  
de médecine de Lille (France)  
Ancien Chef de Clinique et Praticien  
Hospitalier au CHU de Lille  
Membre des Associations Française  
et Européenne d'Urologie



**الدكتور عادل وزان**

**أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية**

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب  
بليب (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية  
بالمستشفى الجامعي بليب  
عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأور  
لجراحة المسالك البولية



CASA, 09/08/2022

MR GHAMMARTE Mohammadi

PSA tot 26

dans 6 semaines

مختبر بيولوجيا البول  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar  
Tél : 06000 503 503  
Fax : 0622 39 33 66

**Docteur Adil OUZZANE**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Bureau N° 42 - Casablanca  
Tél : 0522 23 84 73

22, Bd Yacoub El Mansour (5<sup>ème</sup> étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5, المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma





مختبر بنجلون للتحليلات 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

**M GHAMMARTE MOHAMMADI**

Date de naissance: 28-12-1951

Dossier N° : 2209262022



**DR ADIL OUZZANE**

Date de l'examen: 26-09-2022

**MARQUEURS TUMORAUX**

Cobas E411(ROCHE) - Cobas C311(ROCHE)

08-08-2022

**Antigène Prostatique Spécifique (PSA)**

(Electro-Chimi-Luminescence Cobas E411)

0,053 ng/mL

(<4,400)

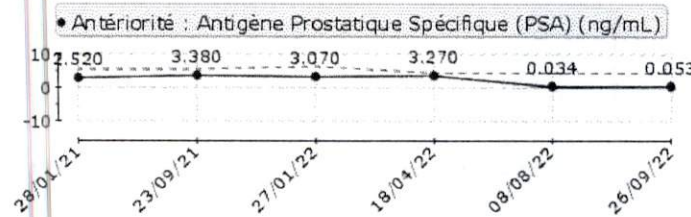
0,034

0,053 µg/L

(<4,400)

**Conclusion:** Le PSA est normal pour l'âge du patient.

Dans le cadre du dépistage des affections prostatiques, il est conseillé de faire un dosage annuel du PSA total.



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06 63 32 53 84 - 06 63 33 32 34 / 53  
Fax : 06 63 33 33 65



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

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CACF)  
Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65 - WhatsApp : 06 63 790 723  
benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

# LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA  
Tel: 05 22 39 32 84/53 - 06000 503 40 - Whatsapp Accueil 06 63 790 723  
Fax: 05.22.39.33.65 www.labobenjelloun.ma

IF 51759668-CNSS 6441662- TP 36004769 - INPE Labo093001360 INP Dr097159024-ICE002980177000019

**FACTURE N° : 2209262022**

**ORGANISME: RAM MUPRAS  
M MOHAMMADI GHAMMARTE**

Date: 26-09-2022



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS 0361	Prélèvement Sanguin Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	E25 B300	E B	25.00 MAD 402.00 MAD
Total				427.00 MAD

Total des B: 300

Montant total de la facture: 375.76 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **trois cent soixante-quinze dirhams soixante-seize centimes.**

مستشفى بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65

**Docteur Adil OUZZANE**

**Chirurgien Urologue - Andrologue**

Ex. Professeur associé à la faculté  
de médecine de Lille (France)  
Ancien Chef de Clinique et Praticien  
Hospitalier au CHU de Lille  
Membre des Associations Française  
et Européenne d'Urologie



**الدكتور عادل وزان**

**أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية**

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب  
بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية  
بالمستشفى الجامعي بليل  
عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأوروبية  
لجراحة المسالك البولية

CASA , WS 09-08-2022

NE GHAMMARTE Mohammadi

VITAROS 300 µg :

Deux fois par semaine

QSP = 3 mois

**PHARMACIE DES CHANTIERS**  
Florence CHENARD  
782713903  
43 rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
Tél: 01 39 50 28 81

**Docteur Adil OUZZANE**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Bureau N° 42 - Casablanca  
Tél : 0522 23 84 73

22, Bd Yacoub El Mansour (5<sup>ème</sup> étage) Bureau N°42, Maarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 , المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

PHARMACIE DES CHANTIERS  
43 RUE DES ETATS GENERAUX  
78000 VERSAILLES  
782713903  
Tel : 0139502881  
INSEE:

Fact. Num. : 60791  
Date Fact. : 07/09/2022  
Date Ord. : 09/08/2022  
Medecin: MEDECIN Etranger  
Code Op: DR  
Malade: GHAMMATE Mohammadi  
78000 VERSAILLES

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
6	VITAROS 300MCG C	3400927543876	33,94	-	1,02 0
	R UNIDOSE 4	Dus: 6 Ordo: 62784			
1	Honor. dispens.		0,51	-	0
	HDR				
1	Honor. dispens.		3,57	-	0
	HDE				

MONTANT TOTAL : 213,84  
MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00  
MONTANT ASSURE : 213,84

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.



## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

GHAMMARTE Mohammadi

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

78000 VERSAILLES

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MME CHENARD Florence

PHARMACIE DES CHANTIERS

43 RUE DES ETATS GENERAUX

78000 VERSAILLES

782713903

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MEDECIN Etranger

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
ORAI, WINESS ou SIRET

0

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 9082022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a"  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
PH2	3400927543876		6	33,94	203,64	VITAROS 300MCG CR UNID					
HD2			6	1,02	6,12	Honor. dispens. HD2					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

2 1 3 , 8 4

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

PHARMACIE DES CHANTIERS  
Florence CHENARD  
782713903  
43 rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
01 39 50 28 81

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'interdiction ou d'empêchement (articles 213-1 à 213-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 8 janvier 1979 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.