

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032570

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAJOURMI Mohamed 149.668  
 Date de naissance : 21.02.1949  
 Adresse : même Adresse  
 Tél : 26640805 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed BENMELLOUN  
 Date de consultation : 17 / 02 / 2023  
 Nom et prénom du malade : LAJOURMI MOHAMED Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Prostatite  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles


- Réclamation : 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 Règlement des Actes
17/1/23	S+Ecch		800DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/1/23	346.00
	07/01/2023	374.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

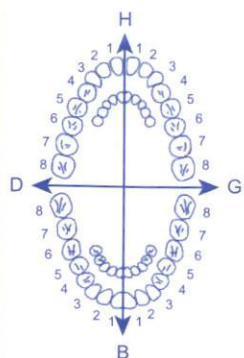
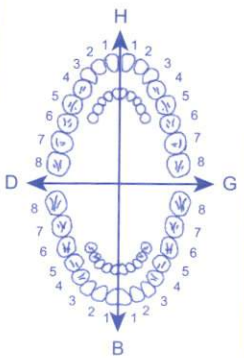
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

07/02/2023



*Lapami Mohamed*



*187x2*

*amipaque 300 mg / 1000 mg*

*374,00*

**PHARMACIE ABDO ZAID**  
 S.A.R.L.  
 Rue 36 N°04 Massira 2, Bournazel  
 Casablanca  
 Tel 0522 71 22 84 Fax 0522 71 30 7

**INPE**  
**092001197**





Dr . 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



د. محمد بنجلون

جراح المسالك البولية و التناسلية

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس  
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية  
دبلوم في سرطان المسالك البولية و التناسلية

17 JAN 2023

Dr. LAJOUNI MOHAMED

148.00

PROSTACALM



PROSTACALM DH	
PPC: 148.00 DH	
UT AY:	Lot:
12/2024	L139121
Mceutik	

1 gel matin  
milieu repas  
1 mois

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMINI MOHINA  
6-7 Rue Ain Asser  
Cil - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.20.00

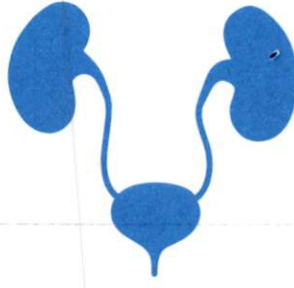
Dr. Mohamed BENJELLOUN  
Chirurgien Urologue  
21 Bd Bir Anzarane Etage Casablanca  
Tél: 05 22 98 04 04

21 ، شارع بئر أنزران، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - المعاريف - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء  
21, Bd. Bir Anzarane 1<sup>er</sup> Etage, Appt 1 Maarif-en face de la poste - Casablanca  
Tél : 0522 98 04 04 - Urgence : 0662 11 48 02 - E-mail : benjelloun.uro@gmail.com

**Dr. 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



**د. محمد بنجلون**

**جراح المسالك البولية و التناسلية**

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس  
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية  
دبلوم في سرطان المسالك البولية و التناسلية

## FACTURE

LE :17/01/2023

**Mr LAJOUMI MOHAMED**

**consultation : 200DH**

**ECHOGRAPHIE : 300DH**

**TOTAL : CINQ CENT DH**

**Dr. Mohamed BENJELLOUN**  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
21, Bd Bir Anzarane Etage 1 Casablanca  
Tél: 05 22 98 04 04



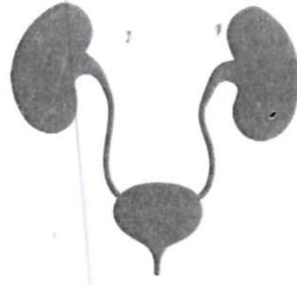
**Dr. Mohamed BENJELLOUN**

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Association Européenne  
d'Urologie et de Sexologie

Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



**د. محمد بنجلون**

جراح المسالك البولية و التناسلية

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية و التناسلية

17 JAN 2025

Mr LAJOUMI MOHAMED

### Compte Rendu Echographique

Le rein droit : est de taille normale, des contours réguliers. Sans pathologie particulière, sans dilatation des cavités pyélocalicielles et sans image de calcul urinaire . La cortical présente une bonne différenciation cortico-médullaire avec un index conservé, par ailleurs présence d'un kyste rénal séreux.

Le rein gauche : est de morphologie normale, des contours réguliers. Sans pathologie particulière, sans dilatation des cavités pyélocalicielles avec présence d'un kyste rénal. Il présente une bonne différenciation cortico-médullaire avec un index cortical

La vessie : pleine, à paroi fine et à contenu transonore, sans anomalie endo-luminale.

LOGE DE RESECTION PROSTATIQUE / PROSTATE LEGEREMENT HETEROGENE.

AU TOTAL : LEGERE PROSATITE AVEC KYSTE RENAL BILATERAL

Dr. Mohamed BENJELLOUN  
CHIRURGE EN UROLOGIE  
Boulevard Anzarane - Etage 1 Casablanca  
Tél: 05 22 98 04 04

21, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء  
21, Bd Bir Anzarane 1<sup>er</sup> étage, Appt 1 - En face de la poste - Casablanca  
Tél. : 0522 98 04 04 - Urgence : 0662 11 48 02 - E-mail : m.benjelloun.uro@gmail.com



