

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0025262

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7307 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ARFAOUI MOHAMED

Date de naissance : 01/11/1953

Adresse : RUE ATRYAK ABYAD N°1

RAMA CAS

Tél. 0668777582 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/3/2024

Nom et prénom du malade : EL ARFAOUI MOHAMED Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertrophie de prostate

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 : 14/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/3/24	E + Echo		6000 H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAMI 092003438 Docteur en Pharmacie Tél. 05 72 22 22 22	13/3/24	476,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

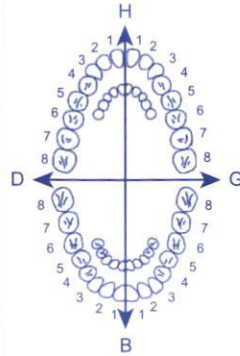
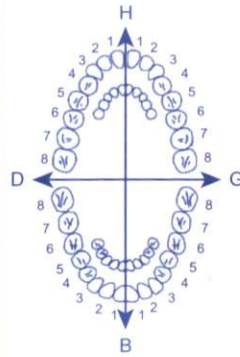
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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> </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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr . Mohamed BENJELLOUN

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 والتناسلية

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية والتناسلية

13 MARS 2024

ELARFAOU MOHAMED

137,90x3

① Uritab XL 10mg

60x2 au coucher
30mg

② Urosta 1g

1mg

176.40

PHARMACIE ALAMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annarjiss - Beauséjour
Casablanca - Tél. 05 22 39 09 70

Dr. Mohamed BENJELLOUN
UROLOGUE
21, Bd. Bir Anzarane - 1^{er} 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^{er} Etage, Appt 1 Maarif-en face de la poste - Casablanca

Tél : 0522 98 04 04 - E-mail : benjelloun.uro@gmail.com

PPV: 62DH70
PER: 04/26
LOT: M1312

AMM N°: 150/19DMP/21/NNP

N° Lot: 3TZ262
Fab. : 05/2023
Per. : 05/2025

PPV: 137,90 DH

AMM N°: 150/19DMP/21/NNP

N° Lot: 3TZ262
Fab. : 05/2023
Per. : 05/2025

PPV: 137,90 DH

AMM N°: 150/19DMP/21/NNP

N° Lot: 3TZ262
Fab. : 05/2023
Per. : 05/2025

PPV: 137,90 DH

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

Casablanca, le

FACTURE

LE :13/03/2024

Mr EL ARFAOUI MOHAMED

consultation : 300DH

ECHOGRAPHIE : 300DH

TOTAL : SIX CENT DH



13 MARS 2024

Casablanca, le

MR EL ARFAOUI MOHAMED

Compte Rendu Echographique

Le rein droit : est de taille normale, des contours réguliers. Sans pathologie particulière, sans dilatation des voies excrétrices et sans image de calcul urinaire. Il présente une bonne différenciation cortico-médullaire, par ailleurs présence d'un kyste rénal.

Le rein gauche : est de morphologie et de position normale. Sans syndrome obstructif rénal gauche ni d'image de calcul urinaire. Le rein est bien différencié ; sans image parenchymateuse suspecte

La vessie : pleine, à paroi fine et à contenu transsonique anéchogène, sans anomalie endoluminale distincte.

Prostate : est d'échostructure homogène, sans lésion focalisée individualisable.

Augmentée de volume de 66g avec lobe médian. Les contours prostatiques restent réguliers.

VB LITHIASIQUE.

RPM :quelque cc .

AU TOTAL : HYPERTROPHIE PROSTATIQUE AVEC LOBE MEDIAN.

Dr. Mohamed BENJELLOUN
Chirurgien Urologue - Andrologue
Casablanca - Hip. 107 2833
Tél : 0522 98 04 04