

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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.

N°: N° P19- 066563  
34593

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1607 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belamine EL habib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e)

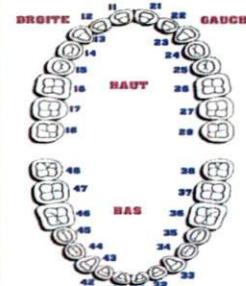


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

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	Coefficient des												
																	
					Montant des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
					Coefficient des travaux												
					Montant des soins												
					Date du devis												
					Fin de												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553
D	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
VOLET ADHERENT		NOM : _____ Mle _____															
DECLARATION N°		W18-405674															
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes															
<p><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b></p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>																	



W18-405674

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1607

Nom & Prénom

BELAMINE EL HABIB

Fonction :

Rte. Phones... 066.116.9500

Mail

elhabibbelamine8@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date 10/07/20

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

6257

102,72

مختبرات بنجلون  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109 Bd. Omar Al Khayam Benjelloun  
Casablanca - 0522.39.33.65  
Tél : 06600.503.40 - 0522.39.33.65

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Béchir Bellamine

LABO BENJELLOUN

M BELLAMINE EL HABIB

DDN 01-01-1940

# BILAN BIOLOGIQUE

2007102015

Ordonnance

## INFLAMMATION

- CRP
- VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- Potassium, Sodium, Chlore
- Réserve alcaline
- Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- Triglycérides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- Gamma GT
- Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Ionogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- Glycémie à jeun
- Glycémie post prandiale
- HbA<sub>1c</sub>

## DIVERS

- Myoglobine
- Troponine
- Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME =

(NUMERATION - FORMULE - SANGUINE)

- Globules rouges - Hémoglobine  
Hématocrite - Globules blancs..
- Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- T3, T4, TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- Taux de prothrombine
- INR
- TCA malade/TCA témoin
- Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- Créatinine
- Urée plasmatique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- LDH
- CPK
- CPK-mb

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
96, rue KADIASS - MAARIF  
Cachet 47 30

le 10 Juillet 2020



# مختبر بنجلون للتحاليل 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

**PR AHMED BENNIS**

Date de l'examen: 10-07-2020

### M BELLAMINE EL HABIB

Date de naissance: 01-01-1940

Dossier N° : 2007102015



### HEMOSTASE

Satellite (STAGO) – COBAS H232(ROCHE)

*Médicament prescrit* Sintrom  
*Posologie* 3/4 Comprimé  
 (Sous réserve des informations fournies)  
*INR cible* 3

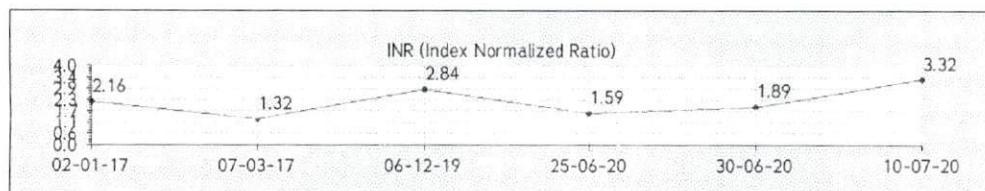
30-06-2020

Temps de Quick (Technique chronométrique)	42,3 sec.	24,5
Taux de Prothrombine	18 %	36
INR (Index Normalized Ratio)	3,32	1,89

#### INDICATIONS CLINIQUES

Preventions primaire et secondaire des thromboses veineuses. Chirurgie à haut risque thrombotique.	INR
Traitement secondaire des thromboseveineuses et des embolies pulmonaires.	2_3
Prophylaxie des embolies systémiques: prothèsocardiaque tissulaire, valvulopathie, infarctus du myocarde.	
Fibrillation auriculaire, valve aortique.	
Prothèse valvulaire mécanique (haut risque)	2,5_3,5 (aux USA)
Thrombose associée à des anti phospholipides	3_4,5 (en Europe)

N.B. Le risque hémorragique est majoré lorsque l'INR est supérieur à 5



مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
**LABORATOIRE BENJELLOUN**  
 109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
 Casablanca  
 Tel: 0522393253/84 - 0600050340 - Fax: 0522393284/53  
 benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)



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

109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 IF : 51102718 PATENTE : 34823087 ICE : 001686316000007 INP : 93001360

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES  
109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 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 51102718 – CNSS 6441662 – PATENTE 34823087 – INP 093001360 – ICE 0011686316000007

**FACTURE N°: 2007102015**  
**M EL HABIB BELLAMINE**

Date: 10-07-2020



**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	TP sous AVK (INR)	B40	B

**Total des B : 58**

Montant total de la facture 102.72 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de cent deux dirhams soixante-douze centimes.

