

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

NPD: N° P19- 066563  
34593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Belamine ELhabib

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 : / /

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-405674	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-405674

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom <b>BELAMINE EL Habib</b>		
Fonction : <b>Rte</b>	Phones <b>0661169500</b>	
Mail <b>elhabibelaon@gmail.com</b>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	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
<b>PHARMACIE</b>	Date .....	
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date <b>10/07/20</b>	
Désignation des Coefficients <b>6357</b>	Montant détaillé des Honoraires <b>102,72</b>	
<b>LABORATOIRE BENJELLOUN</b> 109, Bd. Omar Al Khayyam Beauséjour Casablanca Tél : 06800.503.40 - 0522.39.32.84/83 Fax : 0522.39.33.65		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date : .....	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires	
AM PC IM IV		

LABO BENJELLOUN  
M BELAMINE EL HABIB  
DDN 01-01-1940  
2007102015



Bellamine El Habib

LABO BENJELLOUN

M BELLAMINE EL HABIB

DDN 01-01-1940



2007102015

Ordonnance

## BILAN BIOLOGIQUE

### 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
- ☐ - HbA1c

### 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

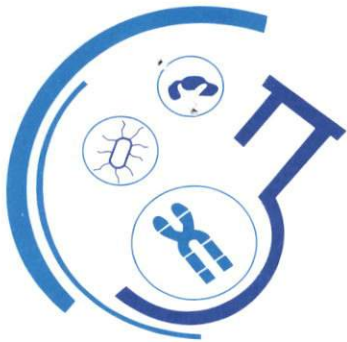
- ☐ - PSA

### ENZYMES MUSCULAIRES

- ☐ - LDH
- ☐ - CPK
- ☐ - CPK-mb

Professeur Ahmed BENNIS  
Département des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADIASS - MAARIF  
SABRABENCA  
Cachet

le 10 Mai 2015



# مختبر بنجلون للتحليلات الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

**M BELLAMINE EL HABIB**

Date de naissance: 01-01-1940

Dossier N° : 2007102015



**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**PR AHMED BENNIS**

Date de l'examen: 10-07-2020

### 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

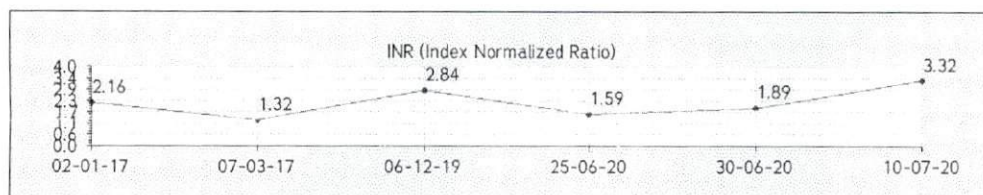
INR (Index Normalized Ratio)

3,32

1,89

INDICATIONS CLINIQUES	INR
Preventions primaire et secondaire des thromboses veineuses, Chirurgie à haut risque thrombotique.	2_3
Traitement secondaire des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires.	
Prophylaxie des embolies systémiques, prothèse cardiaque 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 للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000 503 40 - 0622 32 32 84/63  
Fax : 0622 32 32 65

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.

LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Tél : 06000.503.40 – 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65