

# **RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **ladie 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.

**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



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0000394

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **8983** Société : **56026**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**Boutaja Leila**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0551188148** Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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) : .....

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº M20-00394

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-507947

**SN**

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8223</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Bougja LETLA</b>			
Date de naissance : <b>08/06/1968</b>			
Adresse : <b>N°37 Rue 33 lot CAISON 2 HTY NASSAN CASA</b>			
Tél. : <b>0661188148</b>	Total des frais engagés : <b>987,12 + 1800 Dh</b>		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	<b>DR NACIRI Zakaria Urgence</b>	
Date de consultation :	<b>CHRAIBI TARIQ</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>CHRAIBI TARIQ</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Covid-19</b>	
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 : **CASA**

Le : **25/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :




EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ASAB TAN 25/11/2020 B: 718	25/11/2020	TDMLbox	1500 Dhs
ASAB TAN 24/11/2020 B: 718	24/11/2020	B: 718	987,12 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>													
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>													
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>													
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25633412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25633412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	G															
	25633412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	B															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	(Création, remont, adjonction)																
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>													
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>													
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>													



Casablanca, le

25/11/2020

M<sup>r</sup> EURASBI TARIQ

11 ePL 1 PC

21 ♂ - Dimère.

31 Fibroméfane

41 Févitrine

51 NFS

مصحة جرادا الوازيس  
CENJELLOUN  
LABORATOIRES  
109, Bd. Omar  
Kouba, Casablanca  
Tél.: 06000.502.40 - 0522.39.32.84/63  
Fax: 0522.25.52.65

~~Dr Nacer Zakaria  
Urgence~~

**CLINIQUE JERRADA OASIS**

مصحة جرادا الوازيس



Casablanca, le .....

Mr. Oussama DABO

infection Covid - 19

→ TDM Throatique

~~Dr. M. A. CIRI Zakaria  
Urgence~~

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-11-2020

## Facture N° 18016/20

### A. Identification

N° Dossier : CJO20K25124240

N° Identifiant : 036627/20

**Nom & Prénom : M. CHRAIBI TARIQ**

C.I.N : E218693

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-11-2020

Date Sortie : 25-11-2020

Médecin traitant : DR . BEN ISSA REGUAYE NADIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
1 500,00						

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

*Clinique  
Service de Radiologie  
JERRADA OASIS  
TARIQ  
25-11-2020  
090061078*

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-11-2020

## Facture N° 18067/20

### A. Identification

N° Dossier : CJO20K25171957

N° Identifiant : 036627/20

**Nom & Prénom : M. CHRAIBI TARIQ**

C.I.N : E218693

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-11-2020

Date Sortie : 25-11-2020

Médecin traitant : DR . NACIRI ZAKARIA

Traitement :

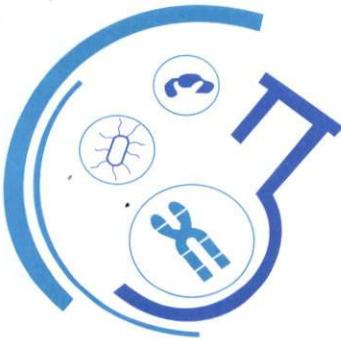
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. NACIRI ZAKARIA (GENERALISTE)		400,00			400,00
					Total Rubrique :	400,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
400,00						

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, AV. ABDERRAHIM BOUABID - CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.com



# 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

**M CHRAIBI TARIQ**

Date de naissance: 03-07-1966

Dossier N° : 2011242054



**ZAKARIA NACIRI**

Date de l'examen: 24-11-2020

### Vitesse de sédimentation

Résultat

(Cinétique de l'agrégation des globules rouges par rhéologie photométrique.)

4 mm/heure (<20)

**Conclusion:** VS normale

### HEMOSTASE

Satellite(STAGO) – COBAS H232(ROCHE) – Easy Reader(VEDA-LAB)

Fibrinogène

(Technique chronométrique)

4,07 g/L

(2,00–5,00)

D-Dimères

(Technique Immuno-chromatographique quantitative – VEDALAB)

636,90 ng/mL

(<400,00)

### BIOCHIMIE SANGUINE – BILAN MARTIAL

COBAS C311 (ROCHE) – Cobas E411(ROCHE)

Ferritine

(Electrochimiluminescence Cobas Roche)

139,100 ng/mL

(30,000–400,000)

### BIOCHIMIE SANGUINE – PROTEINES SPECIFIQUES

COBAS C311 (ROCHE), KONELAB 20, EASY READER (VEDA.LAB)

Protéine C-réactive (CRP)

(Technique Immunoturbidimétrique)

1,9 mg/L

(<5,0)

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06008.402.40 X 0622.39.32.84/63  
Fax : 0622.89.33.65



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

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face de CAFC) - 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)

CNSS : 6441662 - IF : 51102718 - PATENTE : 34823087 - ICE : 00168631600007 - INP : 93001360



# 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

**ZAKARIA NACIRI**

Date de l'examen: 24-11-2020

**M CHRAIBI TARIQ**

Date de naissance: 03-07-1966

Dossier N° : 2011242054



### HEMATOCYTOLOGIE

(Automates PENTRA 80 XL (ABX) – KX21N (SYSMEX) – ISED (ALCOR SCIENTIFIC))

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

22-01-2015

Globules Rouges (Erythrocytes)	5,29	M/ $\mu$ l	(4,50-5,80)	5,23
Hémoglobine	16,0	g/dL	(13,0-17,0)	15,7
Hématocrite	47,3	%	(40,0-50,0)	45,4
VGM (Volume globulaire moyen)	90,0	fL	(82,0-97,0)	87,0
TCMH	30,2	pg	(27,0-32,0)	30,0
CCMH	33,7	g/dL	(32,0-36,0)	34,6

Globules Blancs (Leucocytes)	<u>3 500</u>	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	3 600
1-Polynucléaires Neutrophiles	51,0%	Soit	1 785/mm <sup>3</sup>	(1 500-7 000)
2-Polynucléaires Eosinophiles	1,0%	Soit	<u>35</u> /mm <sup>3</sup>	(80-400)
3-Polynucléaires Basophiles	1,0%	Soit	35/mm <sup>3</sup>	(0-100)
4-Lymphocytes	36,0%	Soit	<u>1260</u> /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)
5-Monocytes	11,0%	Soit	385/mm <sup>3</sup>	(200-1 000)
PLAQUETTES		186 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)	181 000

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Oumia Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06 008.403.401 - 06 22.33.32.84/53  
Fax : 06 22.33.33.68



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

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

WhatsApp : 06 63 790 723 - benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 - IF : 51102718 - PATENTE : 34823087 - ICE : 00168631600007 - INP : 93001360

# LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 30 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 001686316000007

**FACTURE N°: 2011242054**

M TARIQ CHRAIBI

Date: 24-11-2020



## 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
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	D-Dimères	B200	B
	Fibrinogène	B40	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Vitesse de sédimentation (VS)	B30	B

**Total des B : 718**

Montant total de la facture 987.12 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de neuf cent quatre-vingt-sept dirhams douze centimes.**

بجليون لابلاط المبلية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.32.65



Casablanca, le

**25/11/2020**

PATIENT : **CHRAIBI TARIQ**

PRESCRIPTEUR: **BEN ISSA REGUAYE NADIA**

### **SCANNER THORACIQUE**

#### **TECHNIQUE :**

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

#### **RESULTATS :**

Discrètes opacités en verre dépoli parenchymateuses inférieures bilatérales, de siège sous pleural principalement, prédominant à gauche.

Il s'y associe un épaississement des septas inter lobulaires réalisant un aspect en crazy paving.

Atteinte minime évaluée à 1% à droite et 0.5% à gauche selon l'évaluation du pourcentage du poumon atteint sur le logiciel thoracique Vcar (GSI).

Absence de condensation parenchymateuse.

Absence d'épanchement péricardique médiastinal ou pleural.

Quelques ganglions pré vasculaires et de la loge de Barety de taille millimétrique.

Calibre normal de l'aorte des gros vaisseaux pulmonaires et de la veine cave supérieure et inférieure.

#### **CONCLUSION :**

Scanner thoracique évocateur d'une pneumopathie interstitielle minime bilatérale d'origine virale (COVID-19) vu l'état pandémique (CORADS 5).

Atteinte minime évaluée à 1% à droite et 0.5% à gauche.

Merci de votre confiance.

**Dr AKDIM\***

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tél : +212 5 22 23 81 82