

# 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 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.

## 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.



LABO BENJELLOUN  
M DAOUD NABIL  
DDN 11-08-1963  
Barcode: 2007012038

W19-547019

N°D:  
34507

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7462	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAOUD NABIL			
Date de naissance : 11.08.1963			
Adresse : 31 Avenue Hassan Seukrani CASA			
Tél. : 0661 310664 Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : _____			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où le malade aura un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent conseil de la mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : 23 JUIN 2020 Le : 22 107 120			
Signature de l'adhérent : _____			

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Hongraires
<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><b>مختبر بيجاون للتحاليلات الطبية</b></p> <p><b>LABORATOIRE BENJELLOUN</b></p> <p>109, Bd. Omar Al Khayam Beausset Casablanca</p> <p>Tel : 06 800 503 40 - 06 22 39 32 84 53 Fax : 06 22 39 33 65</p>	01 JUIL 2020	B = 1588	2152.92

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

### **Important**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array}$		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse			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 				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

*Identification du prescripteur*

*Identification du malade*

**Docteur F. PICARD**

**RPPS : 10100900363**

Service de Cardiologie

Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin

Tel : 01 58 41 18 62

Fax : 01 58 41 16 05

**Mr DAOUD Nabil**

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

---

Faire pratiquer en laboratoire de ville:

- NFS, plaquettes
- Ionogramme sanguin, créatinine
- Bilan hépatique complet
- BNP
- Bilan lipidique avec LDLC calculé
- HBAIC
- Glycémie à jeun
- TSH

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

---

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
**LABORATOIRE BENJELLOUN**  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tel : 06 00.503.40 - 0622.39.32.84/53  
Fax : 0622.39.33.66

le 22/06/2020

Dr Fabien PICARD

*Docteur F. PICARD*  
RPPS : 10100900363  
Service de Cardiologie  
Hôpitaux Universitaires Paris Centre - site Cochin  
Tél. : 01 58 41 16 59 / Fax 01 58 41 16 05

# 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°: 2007012038**

M NABIL DAOUD

Date: 01-07-2020



## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	Transaminases (ALAT=SGPT)	B50	B
	Transaminases (ASAT=SGOT)	B50	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Cholestérol total	B30	B
	Calcium (1er jour)	B30	B
	Chlore (Cl-)	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Gamma glutamyl-transférase (GGT)	B50	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Potassium (K+)	B30	B
	Cholestérol LDL	B50	B
	Sodium (Na+)	B30	B
	NT-PRO-BNP	B400	B
	Phosphatases alcalines (PAL)	B50	B
	Protéines totales	B30	B
	Bicarbonates (Réserve Alcaline_HCO3-)	B40	B
	Triglycérides	B60	B
	Urée	B30	B

**Total des B : 1588**

Montant total de la facture 2152.92 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille cent cinquante-deux dirhams

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél: 06000.503.40 - 0522.39.32.84/85  
Fax: 0522.39.33.66

# 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

quatre-vingt-douze centimes.

