

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ue :

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

uation :

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.

aire :

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.

die 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.

RAS : 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



LABO BENJELLOUN
M ALAOUI HACHIMI MOU
DDN 06-05-1960
n de Maladie
0042642



ptique 8780? Autres

Maladie

Dent

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10020

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ALAoui HACHIMI My HAFID

06-05-1960

Adresse : 06-35 Sidi Abderrahman 4^e étage NR 7

Beausejour

Tél. : 06.32.96.69

Total des frais engagés : 290,32

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 : *Shmeelha*

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 : 06 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : *ALAoui HACHIMI*

VOLET ADHERENT

N° P19-042642

Déclaration de maladie

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 :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 4/05/2020 | Visite | | 1000 | DR. GOURGOURIN Médecin traitant Paiement effectué |

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 Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  LABORATOIRE BENJELLOUN 109, Bd. Omer Al Khayat, Beausjour Casablanca Tél : 06000.603.40 - 0522.39.32.54/63 Fax : 0522.39.12.66 | 04/05/20 | B 198 | 290,32 Dhs |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | H G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca, le

6/5/2020

Classification, Body Ref

- NFS γ

• CRL

Apr 2000 (4/10/2000)

LABO BENJELLOUN
M ALAOUI HACHIMI MOU
DON 06-05-1960

2005042020
Ordonnance

مختبر بجعات و للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53
Fax : 0522.39.33.48

D sedans 2

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 20200 CASABLANCA
Tel: 05 22 39 32 84/53 Fax: 05 22 39 33 65 Web: www.labobenjelloun.ma

CNSS: 644 1 662 IF: 5110 2718 PATENTE: 3482 3087

Dr Najib BENJELLOUN

–Médecin Biologiste–
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

FACTURE N°: 2005042020

Date : 04-05-2020



M MOULAY HFID ALAOUI HACHIMI

Récapitulatif des analyses

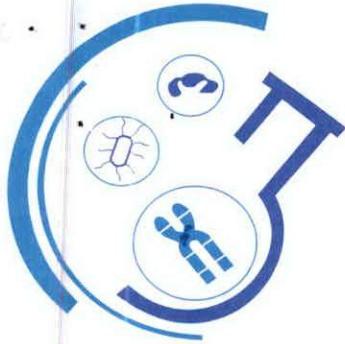
| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | B5 | B |
| 9005 | Forfait de prise en charge pré-analytique du patient | B13 | B |
| PS | Prélèvement Sanguin | E25 | E |
| 0216 | Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | B80 | B |
| 0370 | C R P (Protéine C réactive) | B100 | B |

Total des B : 198

Montant total: : 290.32 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-dix dirhams trente-deux centimes.

مختبر بنجلون لتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour
Casablanca 20200
Tél : 06000.603.40 - 0522.39.32.84/53
Fax : 0522.39.33.65



Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

DR MOHAMED SLAOUI

Date de l'examen: 04-05-2020

M ALAOUI HACHIMI MOULAY HFID

Date de naissance: 06-05-1960

Dossier N° : 2005042020



HEMATOCYTOLOGIE (Automates PENTRA 80 XL (ABX) et SYSMEX KX21)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

| | | | |
|---|------|------------|-------------|
| GLOBULES ROUGES (Erythrocytes) | 4,78 | M/ μ l | (4,50-5,80) |
| Hémoglobine | 14,1 | g/dL | (13,0-17,0) |
| Hématocrite | 42,1 | % | (40,0-50,0) |
| VGM (Volume globulaire moyen) | 88,0 | fL | (82,0-97,0) |
| TCMH (Teneur corpusculaire moyenne en Hémoglobine) | 29,5 | pg | (27,0-32,0) |
| CCMH (Concentration corpusculaire moyenne en Hémoglobine) | 33,5 | g/dL | (32,0-36,0) |

GLOBULES BLANCS (Leucocytes) 7 400 /mm³ (4 000-10 000)

| | | | | |
|-------------------------------|-------|------|-----------------------|---------------|
| 1-Polynucléaires Neutrophiles | 54,0% | Soit | 3 996/mm ³ | (1 500-7 000) |
| 2-Polynucléaires Eosinophiles | 2,0% | Soit | 148/mm ³ | (80-400) |
| 3-Polynucléaires Basophiles | 1,0% | Soit | 74/mm ³ | (0-100) |
| 4-Lymphocytes | 38,0% | Soit | 2 812/mm ³ | (1 500-4 000) |
| 5-Monocytes | 5,0% | Soit | 370/mm ³ | (200-1 000) |

PLAQUETTES 333 000 /mm³ (150 000-450 000)

Conclusion sur l'hémogramme: Numération formule sanguine normale.

Remarque: Chez la femme enceinte, une chute progressive de l'hémoglobine à 11-12 g/dl dès la 10ème Semaine d'Aménorrhée.

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06008.503.40 / 0622.39.32.84/53
Fax : 0622.69.33.66

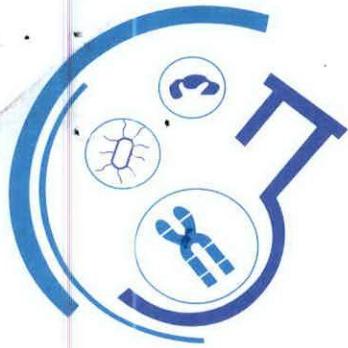
Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

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





مختبر بنجلون للتحاليلات 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

DR MOHAMED SLAOUI

Date de l'examen: 04-05-2020

M ALAOUI HACHIMI MOULAY HFID

Date de naissance: 06-05-1960

Dossier N° : 2005042020



BIOCHIMIE SANGUINE COBAS C311 (ROCHE), D10 (BIORAD), Minicap (SEBIA), KONELAB 20 (THERMO).

Protéine C-réactive (CRP)

(Technique immunoturbidimétrique.)

4,1 mg/L

(<5,0)

مختبر بنجلون للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06008.403.40 / 0622.39.32.84/63
Fax : 0622.39.33.65

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

2/2

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

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