

# 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

- 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

LABO BENJELLOUN  
Mme CHARFI MINA  
DDN 01-01-1945  
2002272039



NO: 28286.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001115

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0483 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHARFI MINA Date de naissance : 1945  
Adresse : 12 Rue El gramme Beauséjour  
Tél. : 06 62 36 8573 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 02 / 2020  
Nom et prénom du malade : CHARFI MINA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AVC Hémonagique Frontal droit  
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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0001115

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 :



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/02/2020      | CS                |                       | 6                               |  |
| 05/03/2020      | CS                |                       | 6                               |  |

## 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <p>مختبر بنجلون للتحاليل الطبية</p> <p>LABORATOIRE BENJELLOUN</p> <p>109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour</p> <p>تلفون: 06000 503 40 - 0522 39 32 84 / 31</p> <p>LABORATOIRE BENJELLOUN</p> <p>109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour</p> <p>تلفون: 06000 503 40 - 0522 39 32 84 / 31</p> | 27/02/20 | B:58                         | 102,72                 |
|   |          | B:58                         | 102,72 DH              |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

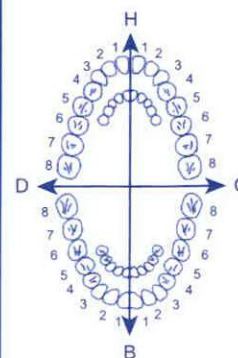
| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |                      |
|---|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|  |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>  |                      |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|   |                   |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    | <input type="text"/> |
|   |                   |                     |             |                            |                       |                      |

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |   |
|----------|----------|---|
|          | H        |   |
| 25533412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00000000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433553 |   |
|          | B        |   |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgie cérébrale : Vasculaire, Stéréotaxique,  
Neuronavigation, Endoscopique, Pédiatrique, Fonctionnelle  
Chirurgie du rachis, de la moelle épinière et des nerfs  
périphériques :  
Techniques mini-invasives, Neuromonitoring,  
Traitements fonctionnels



جراحات المخ : الأوعية الدموية. الأورام. الوظيفية.  
الأطفال. المنظار  
جراحات العمود الفقري. النخاع الشوكي والأعصاب :  
تقنيات التداخل الجراحي المحدود النطاق.  
المراقبة العصبية. العلاجات الوظيفية

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Ancien Assistant des Cliniques Universitaires St Luc, UCL, Bruxelles  
Ancien Professeur Assistant de neurochirurgie à l'UM6SS, Casablanca

طبيب داخلي سابق بمستشفى ابن رشد. الدار البيضاء  
طبيب مساعد بالصحات الجامعية سان لوك. بروكسيل  
أستاذ مساعد سابق في جراحة الدماغ والأعصاب  
بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة. الدار البيضاء

## Prescription

Date : 27/02/2020

Mme/Mr.

*CHARFI NINE*  
Tél : 06 61 32 51 32

TP

IRK

مختبر التحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
109, Bd. Omar Al-Bayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65

*Dr. Nabil Bouzoubâa*  
Neurochirurgien  
Tél : 06 61 32 51 32



Chirurgie cérébrale : Vasculaire, Stéréotaxique,  
Neuronavigation, Endoscopique, Pédiatrique, Fonctionnelle  
Chirurgie du rachis, de la moelle épinière et des nerfs  
périphériques :  
Techniques mini-invasives, Neuromonitoring,  
Traitements fonctionnels

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Ancien Assistant des Cliniques Universitaires St Luc, UCL, Bruxelles  
Ancien Professeur Assistant de neurochirurgie à l'UM6SS, Casablanca



جراحات المخ : الأوعية الدموية، الأورام، الوظيفية،  
الاطفال، المنظار  
جراحات العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب :  
تفنيات التداخل الجراحي المحدود النطاق،  
المراقبة العصبية، العلاجات الوظيفية

طبيب داخلي سابق بمستشفى ابن رشد، الدار البيضاء  
طبيب مساعد بالمصحات الجامعية سان لوك، بروكسيل  
أستاذ مساعد سابق في جراحة الدماغ والأعصاب  
بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة، الدار البيضاء

## Prescription

Mme/Mr.

*MARFI Nina*

Date: 05/03/2020

TP

INR

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 05000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65

# 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° : 2002272039

Date : 27-02-2020 

Mme MINA CHARFI

#### 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 : 102.72 DH

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

مختبر بنجلون  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Tél : 06000.503.41 - 05 22 39 32 84/53  
Fax : 0522.39.33.65

# 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° : 2003052054

Date : 05-03-2020



Mme MINA CHARFI

### 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 : 102.72 DH

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

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0622.39.32.84/53  
Fax : 0622.39.33.65



# مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

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

**Mme CHARFI MINA**

Date de naissance: 01-01-1945

Dossier N° : 2003052054



**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**DR NABIL BOUZOUBAA**

Date de l'examen: 05-03-2020

### HEMOSTASE Automate Satellite (STAGO)

Médicament prescrit

Sintrom

Posologie

1/2 Comprimé

(Sous réserve des informations fournies)

INR cible patient

3

27-02-2020

Temps de Quick Malade

31,2 sec.

38,7

Taux de Prothrombine

26 %

20

(Technique chronométrique (Stago))

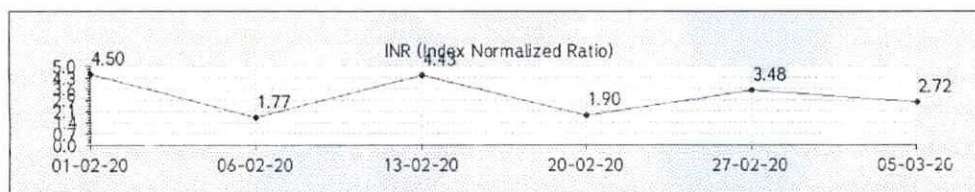
INR (Index Normalized Ratio)

2,72

3,48

| INDICATIONS CLINIQUES   | INR               |
|---|-------------------|
| Préventions 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 للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000 503 40 - 0522 39 32 34/53  
Fax : 0522 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

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

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





# مختبر بنجلون للتحليلات الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

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

**Mme CHARFI MINA**

Date de naissance: 01-01-1945

Dossier N° : 2002272039



**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**DR NABIL BOUZOUBAA**

Date de l'examen: 27-02-2020

### HEMOSTASE Automate Satellite (STAGO)

Médicament prescrit

Posologie

(Sous réserve des informations fournies)

Sintrom

1/2 Comprimé

INR cible patient

3

20-02-2020

Temps de Quick Malade

38,7 sec.

23,0

Taux de Prothrombine

20 %

40

(Technique chromométrique (Stago))

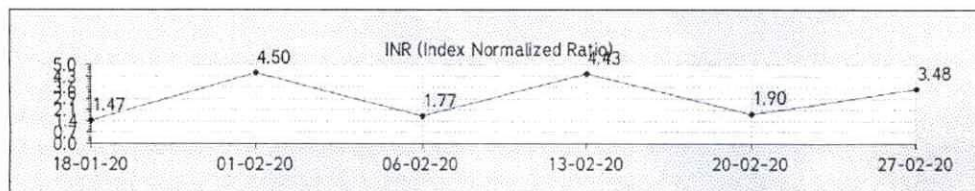
INR (Index Normalized Ratio)

3,48

1,90

| INDICATIONS CLINIQUES  | INR               |
|--|-------------------|
| Préventions primaire et secondaire des thromboses veineuses, Chirurgie à haut risque thrombotique, Traitement secondaire des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires. | 2_3               |
| 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 39 32 84/53  
Fax : 0622 89 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

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

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

