

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REM ET EVITER LES REJETS

LABO BENJELLOUN  
M SAID YOUNES  
DDN 22-05-1989



## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent de
- Le cadre réservé au médecin doit
- 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-636680

27h32

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13299 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID YOUNES

Date de naissance : 22/05/1989

Adresse : 22, rue de la Liberté Apt 17 rue Amira Casablanca

Tél. : 0666 938128 Total des frais engagés : 1289,92 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/2021

Nom et prénom du malade : SAID YOUNES

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur épigastrique

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 : Casablanca

Le : 10/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
8/7 6/7 6/7	G  G	1  1	300  300	INP: 09 06 06 9 Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA Hépatogastroentérologie 203 Boulevard Zerkou Tel: 0522 35... Fax: ...

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hépatogastro-entérologue  
203, Boulevard Zerkotteuni  
Tel: 0522 38 01 80/74  
Fax: 0622 38 01 74  
Gam: 0623 77 74 11

[illegible][illegible]

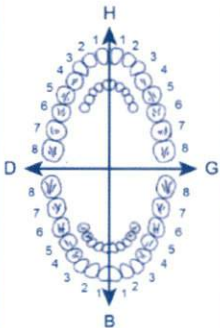
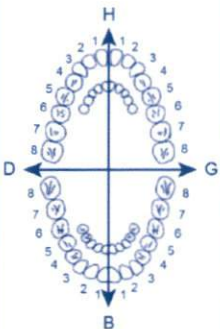
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION



# CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de LA FACULTÉ de médecine de PARIS

Diplômé UNIVERSITAIRE des héPATITES VIRALES

ANCIEN ATTACHÉ des HÔPITAUX de pitié-sALPêTRIÈRE BEAUJON, BICHAT, PARIS

MEMBRE de LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE de GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroskopie . Coloscopie . PROTOCOLOGIE . PH-mÉTRIE OESOPHAGIENNE

ECHOGRAPIE . CPRE + Sphinctérotomie

Casablanca le, 18/05/2021

Mr SAID Younes

test respiratoire à l'urée marquée

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.603.40 - 0522.39.32.84/63  
Fax : 0522.39.33.65

LABO BENJELLOUN  
M SAID YOUNES  
DDN 22-05-1989  
2107022026  
Ordonnance

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA  
Hepato Gastro Enterologue  
203, Boulevard Zerktouni  
Tél: 0522 36 01 80/74  
Fax: 0522 36 01 74  
Gsm: 0623 77 74 11



# 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 097 159 024 – ICE 001686316000007

**FACTURE N° : 2107022026**

ORGANISME: RAM MUPRAS

M YOUNES SAID

Date: 02-07-2021



## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9106	Forfait de sécurité pour échantillon microbiologique	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
9000	Forfait traitement du test respiratoire	B20	B
	Test Respiratoire à l'urée 13C (Helicobacter pylori)	B700	B

Total des B: 738

Montant total de la facture: 989.92 Dirhams.

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

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000 503 40 - 0522 39 32 84/53  
Fax : 0522 39 33 65



مختبر بنجلون للتحليلات 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 SAID YOUNES**

Date de naissance: 22-05-1989

Dossier N° : 2107022026



**DR MUSTAPHA EL YOUNSI**

Date de l'examen: 02-07-2021

**BIOLOGIE SPECIALISEE**

IR FORCE 200 (Richen-force Science & Technologie) – Cobas E411(ROCHE)– AIA 360(TOSOH) Alegria  
(ORGENTEC)

**Test respiratoire à l'urée 13C (Recherche de l'*Helicobacter pylori*)**

**Indice T30 – T0: (RC)**

(Technique de spectrométrie à infrarouge)

**5,20** delta°/00

(0,00–4,00)

**Helicobacter pylori: Présence**

(RC) : Résultat contrôlé

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Boulevard Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél: 06000 503 40 / 0622 32 32 84 / 63  
Fax: 0622 32 32 66

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

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax: 0622 32 32 66  
WhatsApp: 06 63 790 723 - benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tr

CNSS: 6441662 - IF: 51102718 - PATENTE: 34800770

