

## 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 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

- Reclamation : 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'Horizon  
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

## Déclaration de Maladie

N° W21-720498

~~120842~~

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11023

Société :

R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEKROUN IMANE

Date de naissance :

05-10-77

Adresse :

68, Bd Sidi Abdelrahman App 4 H. 4

Tél. :

0646182121

Total des frais engagés :

1004 + 89

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. LATIF IDRIS  
TRAUMATO - ORTHOPEDIS  
95, Boulevard Massira Al Khadija  
Tél: 05 22 20 25 25

Date de consultation :

05/10/2022

Nom et prénom du malade :

BENCHEKROUN IMANE

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

OTAT RAIXIENT + Cephalé

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 :

30/06/22

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
29/06/22				INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N. LATIF IDRISI CO - ORTHOPEDISTE Massira Al Khadra 22 25 25 07

CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi Iass Maarif  
Tél: 0521 22 63 63  
FAX: 0521 22 63 63  
ABLANCA

Dr. N. LATIF IDRISI  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
INP 092003458 PHARMACIE AL AMANA Mme Alami Soumi Samira Docteur en Pharmacie Rue Annarjis Beauséjour 35 22 20 09 70		24/06/2008	89,00

ou du Fournisseur Tel: 05 22 35 09 70

**INP 092003458**

**PHARMACIE AL AMANA**  
Mme Alami Soumi Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beauséjour  
Casablanca Tel: 05 22 35 09 70

**ANALYS**

24/06/22 89,00

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

	Coefficients	des Honoraires
25/06/22	B: 768	1054,12 DH

[illegible]

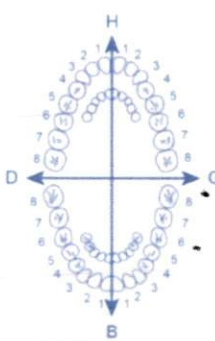
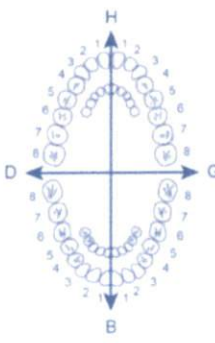
VOLET A

# 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"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>																											
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.*

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

255334

12 | 21433552



D \_\_\_\_\_

[illegible]

355334

111	11433553
-----	----------

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصلحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

24/6/22

M<sup>r</sup> Bachir Krim

891000 HTS

[A.S.]

M<sup>r</sup> Nuramany Zou

M<sup>r</sup> Amph

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beauséjour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

LOT : 0038  
PER : 12-24  
PPC : 89,00DH

LABORATOIRE  
[Signature]

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

24/06/22

Mme IBENCHEKROUNE IMANE.

TSH , T3T4

LABO BENJELLOUN

Mme IBENCHEKROUN IMA

DDN 05-10-1977



2206252032

Ordinance

1080

LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.603.70 - 0522.39.32.64/65  
Fax : 0522.39.32.66

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi Iass Maârif  
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40  
CASABLANCA



# LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 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 51759668-CNSS 6441662- TP 36004769 - INPE Labo093001360 INP Dr097159024-ICE001686316000007

**FACTURE N° : 2206252038**

**ORGANISME: RAM MUPRAS**

**Mme IMANE IBENCHEKROUN**

Date: 25-06-2022



## 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
0161	Thyroxine libre: T4 libre	B200	B
0163	TSH	B250	B
0165	Triiodothyronine libre :T3L	B300	B

Total des B: 768

Montant total de la facture: 1054.12 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille cinquante-quatre dirhams douze centimes.**

LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Omar Al Khyam Beauséjour  
Tel: 06000 503 40 - 0522 39 32 84/53  
Fax: 0522 39 33 65



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

**Mme IBENCHEKROUN IMANE**

Date de naissance: 05-10-1977

Dossier N° : 2206252038



**CLINIQUE MAGHREB**

Date de l'examen: 25-06-2022

**BILAN THYROÏDIEN**

Cobas E411(ROCHE) – AIA 360(TOSOH) – Alegria (ORGENTEC) – Hybrid XL (DRG)

**Tri-iodothyronine libre (T3L)**

(Technique Elisa sur HYBRID-XL)

5,26 pmol/L (3,10–6,80)  
3,42 pg/mL (2,02–4,43)

Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1 <sup>er</sup> trimestre	3.78 – 5.97 pmol/L
2 <sup>ème</sup> trimestre	3.21 – 5.45 pmol/L
3 <sup>ème</sup> trimestre	3.09 – 5.03 pmol/L

Changement de technique depuis 20/06/2022

**Thyroxine libre (T4L)**

(Electro-Chimi-Luminescence Cobas E411)

16,44 pmol/L (12,00–22,00)  
1,27 ng/dl (0,93–1,71)

06-10-2021

16,79

Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1 <sup>er</sup> trimestre	12.1 – 19.6 pmol/L
2 <sup>ème</sup> trimestre	9.63 – 17.0 pmol/L
3 <sup>ème</sup> trimestre	8.39 – 16.0 pmol/L

**Thyréostimuline ultrasensible (TSHus)**

(Electro-Chimi-Luminescence Cobas E411)

0,809 µUI/mL (0,270–4,200)  
0,809 mUI/l (0,270–4,200)

06-10-2021

0,934

**Conclusion:** Bilan thyroïdien normal.

Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1 <sup>er</sup> trimestre	0.33 – 4.59 µUI/mL
2 <sup>ème</sup> trimestre	0.35 – 4.10 µUI/mL
3 <sup>ème</sup> trimestre	0.21 – 3.15 µUI/mL

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06 63 45 60 50 - 06 22 39 32 53/84  
Fax : 06 22 39 33 65



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

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CACF)  
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)



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

**Mme IBENCHEKROUN IMANE**

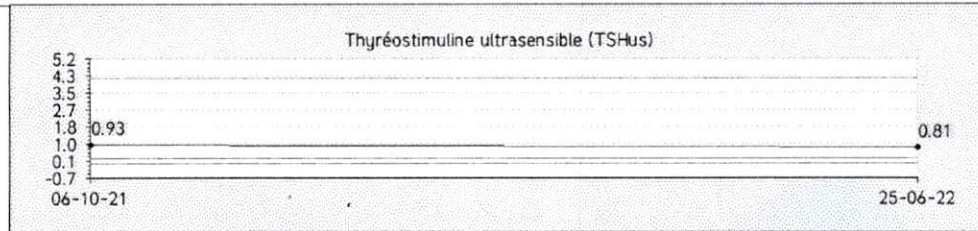
Date de naissance: 05-10-1977

Dossier N° : 2206252038



**CLINIQUE MAGHREB**

Date de l'examen: 25-06-2022



مختبر بنجلون للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000 503 40 - 0522 39 32 84/83  
Fax : 0522 39 33 66



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

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CACF)  
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)