

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

- 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'Hor
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-680762

105886

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1296 Société : Royal Air Force

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Benkirane Hassan

Date de naissance : 21/07/1998

Adresse : 187 Bd Abdelmoumen, Casablanca

Tél. : 0661594190 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENKIRANE TUNES Age: / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome fébrile

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) : [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
02	Cx		30000	INP : 09 AN 31078 Dr. SOALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 21, Place Charles Nicolle Tél : 0522 26 07 20 / 26 00 07
02				
22				

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 CHARLES NICOLLE Rc. 0522 26 14 30 Fax : 0522 26 30 11 Dr. F. ENNACHACHIBI 21, Place Pasteur C. BIANCA PASTEUR	08/12/22	B 150 A 100	20000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال

والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

تشخيص و علاج مرض الضيقة عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز

التنفسي و الحساسية

7 Février 2022

Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

Enfant BENKIRANE Zineb

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21 Place Pasteur
Casablanca
Tél : 0522 49 26 74 / 98 Fax : 0522 49 26 71

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES en respectant les
conditions de prélèvement(+++).

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur
Casablanca
Tél : 0522 49 26 74 / 98 Fax : 0522 49 26 71

Dr SQALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle
Tél : 05 22 26 07



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 48836

Casablanca, le 08/02/2022

CN 27589

Nom et Prénom : **Enfant BENKIRANE Zineb**
Référence : **080222 006**

BILAN :

ANTIBIOGRAMME B 60
CYTOLOGIE DES URINES B 90

Prélèvements : 1 + 1 0,00 Dh

MONTANT NET : 201,00 Dhs (Soit 150 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent un Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21 Place Pasteur
Casablanca
Tél : 0522 49 26 74 / 98 Fax : 0522 49 26 71

Laboratoire inscrit aux Contrôles de Qualité Internationaux : ASQUALAB - BIOLOGIE PROSPECTIVE

CNSS : 225 6180 - Patente : 36340350 - R.C. : 281742 - IF : 59301957 - ICE : 001650011000057 - INP : 093001030
R. Pasteur : 21, Place Pasteur, 2^{ème} étage Q. des Hôpitaux - Casablanca - Tél.: 0522 49 26 74/98 - Fax : 0522 49 26 71 - E-mail : labocharlesnicolle@gmail.com



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 08/02/2022 à 07h58

Par le laboratoire

Date de Naissance: 25/07/2017 Sexe: F

Edité le: 09/02/22 10h05

Résultats complets

Enf. BENKIRANE Zineb

CIN: RF: 080222006 P.n°

Dr. SQALLI HOUSSAINI MOHAMED

CASABLANCA, le 09/02/2022

BACTERIOLOGIE

CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

Identification et antibiogramme effectuée sur système Expert automate VITECK 2 (Biomerieux)

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect	: Clair
ph	: 5,0
Glycosurie	: Absence
Albuminurie	: Absence
Corps cetoniques	: Absence
Nitrite	: Absence

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	: < 2	/mm3	(0 - 10)	15/01/19 : 39
Hématies	: < 2	/mm3	(0 - 10)	15/01/19 : 3
C.Epitheliales	: Absence			
Cylindres	: Absence			
Cristaux	: Absence			
Trichomonas VAGINALIS	: Absence			
Levures	: Absence			

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

COLORATION DE GRAM : Absence de germes à l'examen direct

CULTURE BACTERIOLOGIQUE

ISOLEMENT ET IDENTIFICATION : Absence de germes.
NOMBRE DE GERMES/ ml : <1000 (0 - 1000)

CONCLUSIONS

Culture demeurée stérile (Absence de colonisation ou d'infection urinaire)

....

Résultat validé par Dr FAVARD Mireille

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 0522 49 26 74 / 98
Tél: 0522 49 26 74
Fax: 0522 49 26 71