

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048157

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6644 Société : 130576
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : BALAHNA BELKACEM
Date de naissance : 15/04/1957
Adresse : lot Sekilia 1 Rue 15 NK 8 Hay Samani
Tél. : 0644375885 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. JANATI ADNAN
Anesthésiste - Réanimateur
70, Rue Cadi Iass - Maârif
CASABLANCA

Date de consultation : 19 / 09 / 2022
Nom et prénom du malade : Balahna Belkacem Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Alimentation
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) : R ACCUEIL I. BOUACHINE

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
10-09-2022				Dr JANATI ADNANE Anesthésiste - Réanimateur 70, Rue Chadilass - Maarif CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/2022	617,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LA FAVARD ENNACHACHRIE Radiologie 21 Place Pasteur Casablanca Tél : 022 49 26 74 / 90 Fax : 0522 49 26 71	20-09-22	B 900+ PCT	1206,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

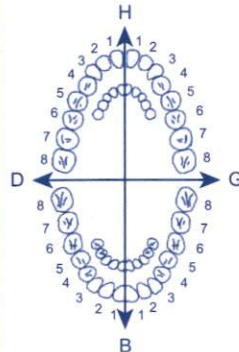
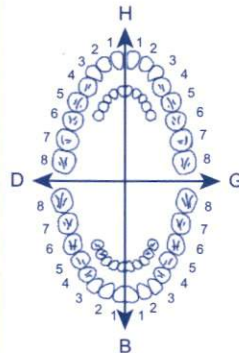
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
				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 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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kad' l ass - Maârif - Casablanca

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

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

0522 990 980 (L.G) 23 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

17 DELHANA . BELKACEM

617.00
Optic Pinomet N4

PERIOLIMEL N4E
Emulsion et solution pour perfusion
Pochette de 2 litres

6118001 251780
PPV : 617 DH 00

S.V.

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.41
CASABLANCA

Dr JANATI ADNANE
Anesthésiste - Réanimateur
70, Rue Cadi Iass - Maârif
CASABLANCA

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca

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

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

29/09/22

Mr Belkacem Belahna

Côû expert

Crédits

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIRI
14, Rue Pasteur 21 Pince Pasteur
10600 Casablanca
Tél : 0522 48 79 79

Dr JANATI ADNANE
Anesthésiste Réanimateur
70, Rue Cadi lass - Maârif
CASABLANCA



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTÉRIOLOGIE
VIROLOGIE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 53384

Casablanca, le 20/09/2022

CN 75530

Nom et Prénom : **Monsieur BELAHNA Belkacem**
Référence : **200922 048**

BILAN :

GENEXPERT MYCOBACTERIES /PCR B 900

Prélèvements : 0,00 Dh

MONTANT NET : 1206,00 Dhs (Soit 900 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille deux cent six Dirhams et zéro centime

Laboratoire Charles Nicolle
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
RCS Pasteur 21, Place Pasteur
Tél : 0522 49 26 74/98

Laboratoire accrédité selon la norme NM ISO 15189 - Portée AA 02/2019 disponible sur le site : www.mcinet.gov.ma

CNSS : 225 6180 - Patente : 36340350 - R.C. : 281742 - IF : 59301957 - ICE : 001650011000057 - INP : 093001030
R. Pasteur, 21, Place Pasteur Casablanca - Tél.: 0522 49 26 74/98 . Pour toute réclamation : E-mail : labocharlesnicolle@gmail.com
RIB BANCAIRE BMCE AGENCE MOULAY IDRIS 1er Casablanca_011 780 00 00 70 210 00 059 34 32



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

Préleveur: Prélèvement Extérieur
Prélèvement Transmis au Laboratoire
Reçu le 20/09/22 à 11h19
Date de Naissance: 01/01/1957 Sexe: M
Edité le: 20/09/22 16h33
Résultats complets

Mr. BELAHNA Belkacem

CIN: RF: 200922048 P.n°

Dr. JANATI ADNANE

CASABLANCA, le 20/09/2022



IMMUNOLOGIE - SEROLOGIE

Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC] sont couverts par l'accréditation (portée AA02/2019)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

DIAGNOSTIC MOLECULAIRE DES MYCOBACTERIES PAR PCR GENEXPERT

Prélèvement : Crachat

Test Xpert MTB : Non détecté

Résistance Rifampicine : Non détecté

Conclusion : Absence d'ADN de mycobacterium tuberculosis.

Résultat Validé par Dr CHOUKRI Kamélia

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
DR FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Tél: 0522 49 26 74/98
R. Pasteur - Casablanca

Rapport de test

N° Id de l'échantillon: BELAHNA BELKACEM
Type de test: Échantillon
Type d'échantillon:

Informations sur le test

Test	Version du test	Type de test
Xpert MTB-RIF Ultra	4	Diagnostic in vitro

Résultat du test: **MTB NON DÉTECTÉ**

Résultat de l'analyte

Nom de l'analyte	Ct	Valeur finale	Résultat analyte	Résultat du contrôle de la sonde
SPC	25,2	139	RÉUSSITE	RÉUSSITE
IS1081- IS6110	0,0	5	ÉCHEC	RÉUSSITE
rpoB1	0,0	7	NON VALIDE	RÉUSSITE
rpoB2	0,0	3	NON VALIDE	RÉUSSITE
rpoB3	0,0	5	NON VALIDE	RÉUSSITE
rpoB4	0,0	5	NON VALIDE	RÉUSSITE

Utilisateur: <Aucun>
État: Effectué
Date d'expiration*: 07/01/24
Version du logiciel: 4.8

Heure de lancement: 20/09/22 12:15:58
Heure de fin: 20/09/22 13:21:03
N° de série de l'instrument: 820511
N° de série du module: 722192
Nom du module: B1

Numéro de série de la cartouche*: 697469031
N° du lot*: 35106
Remarques:

For In Vitro Diagnostic Use Only.

Dr. FAVRE
Dr. ENLACHACHIBI
Dr. NICOLLE
20/09/22 13:20:18
0522 49 26 71

Rapport de test

État de l'erreur: OK

Erreurs
<Aucun>

Initiales du tech. / date

Initiales du superviseur / date

* indique qu'un champ spécifique est complété à l'aide d'un lecteur de code-barres

For In Vitro Diagnostic Use Only.