

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-568061

56000

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10514 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Cooper
Nom & Prénom : ENNIL RACHID			
Date de naissance : 21/08/1963			
Adresse : 211 M 76 APR 9 HAY ELFATH RABAT			
Tél. : 06 62 08 93 98 Total des frais engagés : 600,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Docteur Othmane AMELIANE Médecine Générale 138, Amal 6, CYM, El Fath Rabat Tél : 05 37 79 59 59	
Date de consultation :	19 JAN. 2021
Nom et prénom du malade :	ENNIL RACHID
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Enfant
Nature de la maladie :	laryng
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 : 08/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-568061

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 : 10514
Nom de l'adhérent(e) : ENNIL RACHID
Total des frais engagés : 600,00
Date de dépôt :

RELEVE 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
11/12/2022	C		6	INP : 101180495 M. GÉNÉRALE TEL : 04 67 79 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Référant	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
toire d'analyses BIOLAB Beyrouth, Jdm. Essaada, Marabout : 06 37 72 16 36 Fax: 06 37 72 08 14 INPE : 107.159.774	15/12/2000	MT-600 N	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 11/12/22

Nom / Prénom : Ennil Hiba

test covid 19

PC R

Laboratoire d'Analyses Médicales
BIO-LAB

Rue Beyrouth, Imm. Essaada, N°4-Rabat
Tél: 05 37 72 08 37 - Fax: 05 37 72 08 74
INPE: 07 155 774

Dacteur Youssouf ALLIANE
Médecine Générale
139 Amazigh, 05 37 72 08 59
Rabat - TAN

Prélèvement du : 11/12/2020

Heure : 16:52

Edition du : 12/12/2020

Référence : 21512113588

Matricule :

PARTICULIERS



Code Patient 08N7464 du : 11/12/2020

F12A ENNIL HIBA

Médecin: Dr.

CIN: DE A224862 Tél./adresse: 0662089328/IMM 76 APPT 9 HAY FATH CYM RABAT

RECHERCHE DE L'ARN DU COVID-19 PAR RT-PCR (GENEPROOF®)

(Biologie moléculaire sur automate Z480, et SaCycler)

(Cibles : N, E et RdRp)

Gene N.....:

Négatif.

Gene E.....:

Négatif.

Gene RdRp.....:

Négatif.

Conclusion : Absence d'ARN de SARS-COV-2

Dr. LATRACHE ABDERRAHMANE
Ph.D. - M.D.
L'ANNEE 2013
Rue Beyrouth, Imm. ESSAADA Entrée N°4, App. N°401
Tél: 05 37 72 08 35 - Fax: 05 37 72 08 74

Facture n° 0L12113

RABAT LE : 06/01/2021

Référence: **0L12113**

Analyses effectuées le: 11/12/2020

Matricule:

Pour.....: **Enf. ENNIL HIBA**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 08N7464



Organisme.....: **PARTICULIERS**

Bilan:

COVP=B500

Cotation : (B 500)

Montant Net : 600.00 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENTS Dhs 00 Cts

Laboratoire d'analyses médicales
BIOLAB
Rue Beyrouth, imm. ESSAADA, N°4 - Rabat
Tel.: 05 37 72 08 35 - Fax: 05 37 72 08 74
INPE : 107 139 774