

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-568015

56029

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10514

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNIL RACHIS

Date de naissance : 21/08/1963

Adresse : IMM 76 APPT 0 HAY EFATH LABAT

Tél. : 06 62 08 93 27

Total des frais engagés :

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 52

Date de consultation : 26 JAN 2020

Nom et prénom du malade : ENNIL RACHIS

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Inclusion fémur

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 : RABAT

Le : 26 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-568015

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

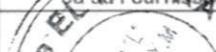
Nom de l'adhérent(e) : ENNIL RACHIS

Total des frais engagés : 2163,00

Date de dépôt :

MUPRAS
19 JAN 2020
ACCUEIL

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
26/11/2023	C		200	 DR : 101180495 Généraliste - Tél : 05 37 77 11 52 C.M. Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	X 26/11/2020	166,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 L.A.M. Riad Tél: 05 37 71 05 06 05 37 57 23 23-05 37 71 50 60 et : 25995358 - IF : 3349086	08.12.2020	B350	350 dh

[illegible]

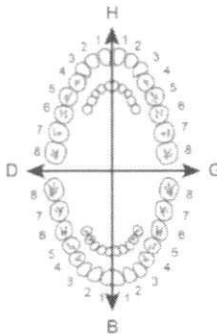
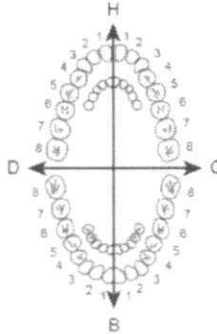
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 21433562 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient des Travaux
	{Création, remont, adjonction} <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Edité le 08-12-2020 à 13:58

Prescripteur :

EXAMEN du 08-12-2020

Mr EN-NIL Rachid

Code Patient :2012082089

Né(e) le : 21-08-1963



Prélevé le : 08-12-2020

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

RECHERCHE DES ANTICORPS SARS-CoV2

(KIT NADAL COVID-19 IgG/IgM Rapid Test)

Recherche IgG:

Recherche IgM:

POSITIVE

POSITIVE

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

Jalil EL ATTAR
3, Angle Avenue Almelia
et Hay Riad-RABAT
Tél: 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23
Fax: 05 37 71 50 60

LABORIAD
CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Docteur Othmane AMEZIANE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Médecine Générale

Diagnostic Médical
Echo - Diagnostic



الدكتور عثمان أمزيان

خريج كلية الطب بالرباط
طب عام

التشخيص الطبي
التشخيص بالصدى

Rabat, le 26/11/2020 في الرباط،

Dr. Ennail Achir

1) Zolovar 300
87,30

2) Monozelox 100
79,00

3) Aspirinal
100 x 21

4) Oedocore
166,30



138, Amal 6, Hay El Fath - Rabat - Tél.: 05 37 79 59 59

06 61 10 05 57 : المحمول - الرباط - الفتح - حي الفتح - الرباط - Tél.: 05 37 79 59 59

AMM au Maroc /

Comprimé(s)

Traitement

..... مدة خلال

MONOZECLAR®

500 mg Clarithromycine

5 comprimés pelliculés à libération modifiée

© مونوزيكلار

كلاريثروميسين 500 ملغ

5 أقراص مغلفة ذات تحرير معدل

Ma

Km

Q12

Mo

Im



8 032578 477337

Lot:

200500

À consommer

avant le:

09/2023

PPC: 79,00 DH

Pharm

ORDONNANCE

Docteur Othmane AMEZIANE
Médecine Générale
138 Avenue CYM, El Fath
Rabat - Tél : 05 37 79 59 59
le 26/11/22

Nom / Prénom :

Ennil Rachid

1) Serologie

Covid 19

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
Fax : 23 23 05 37 71 50 60
Pat : 25945358 - IF : 3349086

Docteur Othmane AMEZIANE
Médecine Générale
138 Avenue CYM, El Fath
Rabat - Tél : 05 37 79 59 59



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 201203879

Rabat le 08-12-2020

Mr Rachid EN-NIL

Date de l'examen : 08-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	SERO RAPIDE SARS	-	HN

Total des B : 350

TOTAL DOSSIER : 350.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirhams .

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23-05 37 71 50 60
Fax : 25045356 - IF : 3349086

CODE INPE



103060877