

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

- 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° W19-568017

56028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10314

Société :

Coeur

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENNIL RACHID

Date de naissance :

21/10/1963

Adresse :

IMM 46 APRÈS 9 MAY EL FATH RABAT

Tél. :

06 62 08 43 27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur OMARIE AMELIANE
Médecine Générale
138, Amal 6, CYM, El Fath
Rabat - Tél : 05 37 79 59 59

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568017

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 : 10314
 Nom de l'adhérent(e) : ENNIL RACHID
 Total des frais engagés : 820
 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
26/12/2023	C		200	INP DRM - TAI Sécurité Sociale Générale AMILLIANE YMF, EIF 37 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	270,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAMRIed	08.12.2020	B350	350 dh
Tel : 05 37 71 06 06			
05 37 57 23 21 - 05 37 71 50 60			
Pat : 25095358 - IF : 3310086			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H 1 2 3 4 5 6 7 8 G 3 2 1 2 3 4 5 6 D 5 6 7 8 1 2 3 4 B 7 8 1 2 3 4 5 6</p> <p>H 1 2 3 4 5 6 7 8 G 3 2 1 2 3 4 5 6 D 5 6 7 8 1 2 3 4 B 7 8 1 2 3 4 5 6</p>		<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</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>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession															
				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																

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 29 juillet 2020 الرّباط، فی ۲۹ جولیو ۲۰۲۰

Donia

ENN 62

421⁰⁰
43

Omit 20

163.4°

2 Anodekor 1.00

39

(e5,10)

A circular stamp with the text "Pharmacie Sainte-Beuve" at the top and "Paris" at the bottom. The date "05/07/1991" is stamped in the center.

13 0 uy
Dr. H. Boulleau
Médecine Générale
138 Amel 6, CYM Elan
Ramt - Tel: 05 34 54 51

138، أمل 6، حي الفتح - الرباط - المحمول : 06 61 10 05 57

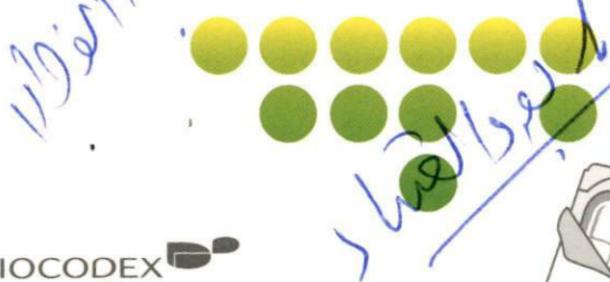
138, Amal 6, Hay El Fath - Rabat - Tél. : 05 37 79 59 59



أولترا-لوقيبر®

CNCM I-745

ماروميسيس بولاردي



BIOCODEX
Maroc



كبسولات
250 مل
20

MONZECLAR®

500 mg Clarithromycine

10 comprimés pelliculés
à libération modifiée
Voie orale

10 comprimés
pelliculés à
libération modifiée

مونو[®]
كلاريثروميسين 500 ملجم

ذات تحرير معذل

عن ١٠
مجم حمر امر سهلة



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° : 201203878

Rabat le 08-12-2020

Mme Dounia 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
Pat : 25995358 - IF : 3349086

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877

ORDONNANCE

Nom / Prénom : Ennil Doinis

2

Sensibit

Covid 19

L.A.M. Riad
Docteur Othmane Riad
Médecine Générale
138 Amal 6, CYM, El Fath
Rabat - Tél : 05 37 79 59 59
Fax : 05 37 79 60 60
05 37 57 23 23 05 37 71 05 06
Pdt : 25995358 - If : 3349086

Docteur Othmane Riad
Médecine Générale
138 Amal 6, CYM, El Fath
Rabat - Tél : 05 37 79 59 59

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Edité le 08-12-2020 à 13:57

Prescripteur :

EXAMEN du 08-12-2020

Mlle EN-NIL Dounia
Code Patient :2012082091
Né(e) le : 13-01-2002



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:

Négative

POSITIVE

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

Dr. Jalil EL ATTAR
13, Angle Avenue Almelia
et rue Meziata Hay Riad-RABAT
Tél: 05 22 37 71 05 06
05 37 57 23 23
Fax: 05 37 71 50 60

LABORIAD

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD