

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 canalaire, 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 canalaire.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568013

56027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10314 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ENNIL HIBI

Date de naissance : 21/08/1963

Adresse : 1 M 176 APP 9 MAY EL FATH RABAT

Tél. : 06 62 08 93 27 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : ENNIL HIBI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Diabète

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 : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-568013

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 HIBI
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
26/01 12/02 23/02	C		200	INF : 101180495 RABIN - Tél : 06 37 71 11 18 AMELIAINE Générale MÉDECIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL KAMRA * CHERKÉZIEVSKY 06 31 29 5A 41	26/11/2020	270,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L.A.M.P.R.A.D T61 : 05 37 57 05 06	08.12.2020	B350	350,00
05 37 57 23 23 05 37 71 50 60			
Pat : 25995358 - IF : 3349096			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

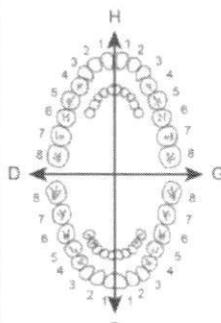
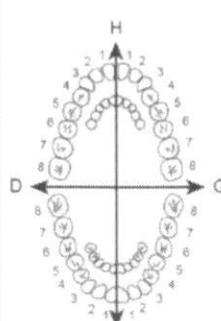
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

Docteur Ouhmane AMEZIANE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Médecine Générale



تور عثمان امزیان

خريج كلية الطب بالرباط
طب عام

التشخيص الطبي
التشخيص بالصدى

Diagnostic Médical Echo - Diagnostic

Rabat, le 29/12/2022

Rabat, 10

الرباط، في

Hibbs Gwinell

1631 40

2) "Aardaloo

4200

Quiz

65.10

③ re Hudson

~~1 - 11~~

4/10 score

270,50



138، أمر 6، حي الفتح - الياط - المحمول : 06 61 10 05 57

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

Lot :
نمبر

Fab :
صنع

EXP. :
 صالح لغاية

630 03 2020 03 2023

BIQCODEX MAROC PPV 65.10 DH

CNCM I-745

Viale orale

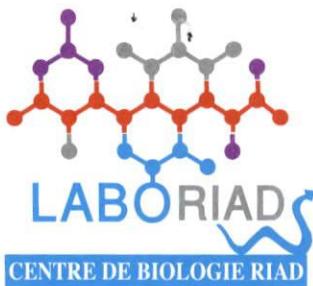
14
Gélules

20 mg

Omeprazole

Omiz®

ULTRA



Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biogiste

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

Edited on 08-12-2020 at 13:56

Prescriber :

مركز التحاليل الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Page 1 / 1

EXAMEN du 08-12-2020

Mme EN-NIL Hiba
Code Patient :2012082092
Né(e) le : 08-06-2005



Prélevé le : 08-12-2020

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

RECHERCHE DES ANTICORPS SARS-CoV2

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

Recherche IgG:

POSITIVE

Recherche IgM:

POSITIVE

Request validated biologically by Dr. Jalil EL ATTAR

Dr. Jalil EL ATTAR
13, Angle Avenue Almelia
et rue Meziata 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

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

Urgences

24 / 24 - 7 / 7



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 : laboroireriad@gmail.com

FACTURE N° : 201203877

Rabat le 08-12-2020

Mme Hiba 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
Fax : 05 37 71 50 60
05 37 71 05 06 - IF : 3349086
P.37.71.05.06 - 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 : Ennif Hibg

2 Sen hagic
louris 18

L.A.M.Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23-05 37 71 50 60
Pat : 25995358 - IF : 3349086

L'atelier Universitaire d'Assistance Médicale Générale et d'Enseignement
139 Avenue du Général de Gaulle
13414 Toulon Cedex 9