

## 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

- 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° W19-568067

56024



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 10514 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EN NIL RA CHI

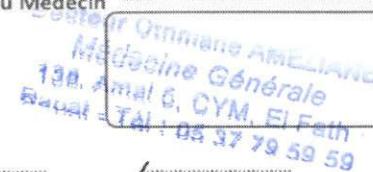
Date de naissance : 21/08/1963

Adresse : IM 11 76 APP 9 HAY EL FATH RA BAT

Tél. : 06 62 08 93 28 Total des frais engagés : 1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EN NIL RA CHI

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 : 19 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568067

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) : EN NIL RA CHI  
 Total des frais engagés : 600 Dhs  
 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
12/12/2020	C		6	<p>INR 101160495</p> <p>138. Amal 6, CYC, El Fath</p> <p>Rabat - TAI : 05 379 59 59</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet, et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>BIOLAB</b> Rue Beyrouth 11m. Easaan 104 Rabat Tel: 05 37 72 08 55 Fax: 05 37 72 08 74 INPE : 107.159.774	14/12/2020	M 7600 M	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		G														
[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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																

# ORDONNANCE



Docteur Ghannouchi Amel  
Médecine Générale  
758 Amel 6, Cité El Fath  
Rabat, Tél: 05 37 79 59 59  
le 22/12/2022

Nom / Prénom : Enniz L hachis

11 - test covid 19

PCR.

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ST. JO LAB  
Rue Sidi El Amine, Essaouira N°24800  
Tel: 05 22 72 00 88 - Fax: 05 22 77 14  
INPE: 107 155 77 14

Docteur Ghannouchi Amel  
Médecine Générale  
738 Amel 6, Cité El Fath  
Rabat, Tél: 05 37 79 59 59



Dr A. LATRACHE

Dr A. BELKHAYAT

مختبر التحاليل الطبية بباليوب

laboratoire d'analyses médicales et de cytogénétique

**Facture n° OL12133**

RABAT LE : 06/01/2021

Référence: **OL12133**

Analyses effectuées le: 13/12/2020

Matricule:

Pour.....: **Mr. EN-NIL RACHID**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 08N7763



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  
Tél.: 05 37 72 08 35 - Fax : 05 37 72 08 74  
INPE : 107-159-774*



Dr A. LATRACHE

Dr A. BELKHAYAT

مختبر التحاليل الطبية بباليوب

laboratoire d'analyses médicales et de cytogénétique

Prélèvement du : 13/12/2020

Heure : 17:35

Édition du : 14/12/2020

Référence : 21512133999

Matricule :

PARTICULIERS



CIN: A224862 Tél./adresse: 0662089328

IMM 76 APPT 9 HAY FATH CYM RABAT

Code Patient 08N7763 du : 13/12/2020

MR EN-NIL RACHID

Médecin: Dr.

**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 Biologiste  
LAM BIOLAB  
INPE 107159774  
Rue Beyrouth, Imm. ESSAADA, Entrée N°4-Rabat  
Tel.: 05 37 72 08 35 - Fax : 05 37 72 08 74