

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 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

- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-608626

5 8295

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013067 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Youssef YAZAMI

Date de naissance : 24/01/1993

Adresse : 15 Rue el Bachir Larbi, Apt 15 et 9

Tél. : 0606443959 Total des frais engagés : 9.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Rachid CHOUKI

Cachet du médecin : MEDECINE GENERALE 4, Angle rue Attouf et rue Attoufah Sec. 10 Hay Riad - Rabat

Date de consultation : 28/01/2021

Nom et prénom du malade : Youssef Yazami

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie est un accident, 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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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	
<u>28</u> <u>09</u> <u>2021</u>	<u>c</u>	<u>1</u>	<u>Serv.</u>	INP : <u>5047022-002</u>	<u>[Signature]</u>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/01/91	B 700	7500

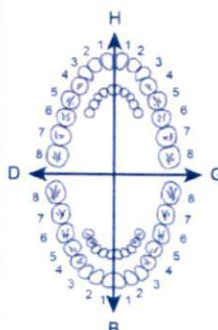
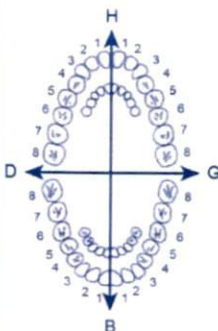
[illegible]

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 : <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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid Choukri
MEDECINE GENERALE
DU IST / Sida - Echographie
Visites à domicile - Urgences
Expert Assermenté Agréé près les Tribunaux

4, Angle Rue Attoute et Rue Attoufah
Secteur 10, Hay Ryad - Rabat
Tél: 05 37 71 37 37 - Fixe : 05 37 71 33 55
E-mail : choukriachid214@gmail.com

الدكتور رشيد شكري
الطب العام
الفحص بالصدى
خبير محلف لدى المحاكم

4 زاوية زنقة التوت وزنقة التفاح
قطاع 10 حي الرياض - الرباط
الهاتف 05 37 71 37 37

Rabat, le

28/01/2021

الرباط :

Dr YAZANI Younes

- P C R

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

Dr Rachid Choukri
MEDECINE GENERALE
4, Angle Rue Attoute et Rue Attoufah
Sect. 10, Hay Ryad - Rabat
Tél.: 0537 71 37 37 - GSM: 0661 37 19 47



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° : 210102840

Rabat le 28-01-2021

Mr Youssef YAZAMI

Date de l'examen : 28-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	Diagnostic direct PCR SARS COV2	-	HN

Total des B : 700

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams .

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

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF: 3349086 RIB: 013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 00168526200044 - INPE: 103060877

Edité le 28-01-2021 à 20:56

Prescripteur :

EXAMEN du 28-01-2021

Mr YAZAMI Youssef

Code Patient :2101282259

Né(e) le : 24-01-1993



Prélevé le : 28-01-2021 à 14:15



BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DE SARS-CoV2 (COVID19) par Amplification génique

Recherche par RT-PCR de l'ARN du Virus SARS-CoV-2

(RT-PCR Full Automation sur COBAS 6800 ROCHE KiT SARS-CoV2 Target ORF1 ab – E gene)

Origine prélèvement:

Ecouvillon Naso-pharyngé

RECHERCHE:

Négative

Génome de SARS-CoV2 non détectable.

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



Dr. Jalil ELATTAR

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

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD