

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-682172

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 149 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALLOLI Fatima K Lachmar, Dni

Date de naissance : 19/12

Adresse : Résidence 5ème étage 103 Rue Hassan I Hamid

Tél : 0561532818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/21

Nom et prénom du malade : ELALLOLI Fatima

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

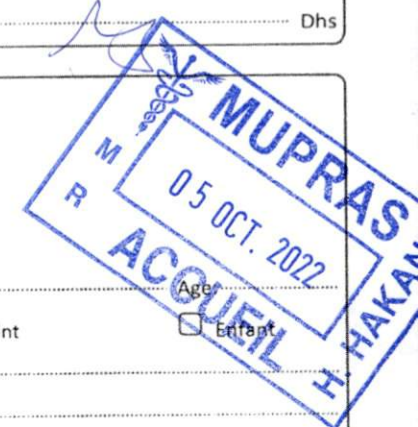
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-225/2019



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

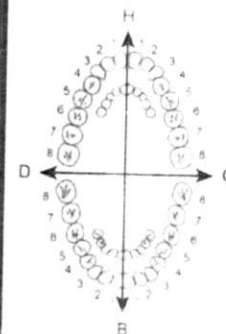
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Le Laboratoire Biognach d'Analyses Médicales</p> <p>Dr. Hajjar BIOGNACH</p> <p>8, rue El Khawarizmi, 30000 Meknes - Maroc</p> <p>RDC - MEKNES / Tél : 05 35 52 17 17</p> <p>Fax : 05 35 51 55 86</p>	09/06/22	B-130	156,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

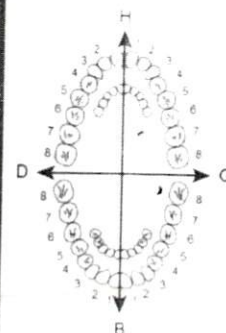
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



مركز الأنتولوجيا الشفاء
Centre D'Oncologie Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 85 80 83/84/85 - Fax : 05 22 85 80 86 - Email : contact@oncologie-achifaa.ma

Docteur :

Casablanca le :

N° Allouli Fatima

NFS + pf

LDT

Pr. OUKLAËCHE Bouchra
Hématologue
IMP : 91029892

Dr. Hajjar BIOUGNACH

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne de CHU Ibn Sina



مختبر بيونكاش للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BIOUGNACH
D'ANALYSES MÉDICALES

د. هاجر بيونكاش

صيدلانية إحيائية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

داخلية سابقة بمستشفى ابن سينا

FACTURE N° : 220600219

Meknès le 09-06-2022

Mme EL ALLOULI Fatima

Date de l'examen : 09-06-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0142	LDH	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 156.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-six dirham .

INPE
133061457

Laboratoire Biougnaçh d'Analyses Médicales
Dr. Hajjar BIOUGNACH
8, Rés. EL KHAWARIZMI, Av. Amir Moulay Abdellah
RDC - MEKNÈS
Tél : 05.35.52.17.17
Fax : 05.35.51.55.66

N° 8, résidence AL KHAWARIZMI, Av. Amir Moulay Abdellah V.N. 50000 Meknès

Tél : 05 35 52 17 17 - Fax : 05 35 51 55 86 - Mail : biougnaçh.laboratoire@gmail.com

I.F: 20726989 - T.P: 17190100 - CNSS: 5301578 - I.C.E: 001917273000007 - Banque BMCE Compte N°: 011480000016210000170036