

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 | adhésion@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.

N° W21-682172

com
N3993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 1459 _____ Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre

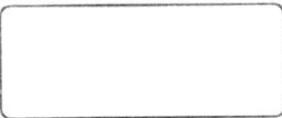
Nom & Prénom : ELALoui fatima _____ X Lacassus, Driss

Date de naissance : 1961-12-15 _____

Adresse : Résidence Sidi El N3 Rue Hassan I 14.000 Casablanca

Tél. : 06.61.53.28.18 _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 1961-11-11 _____

Nom et prénom du malade : ELALoui fatima _____ Age : _____

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) : 



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

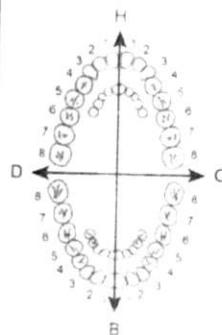
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Laatoires Biougnach d'Analyses Médicales Dr. Hajjar BIOUNGACH El Khouarizmi 100, Avenue Moulai Abdellah B.D.C. MERDES / Tel: 05 35 52 17 17 Fax: 05 35 51 83 86 | 09/06/82 | R 130 | 156,00 DA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

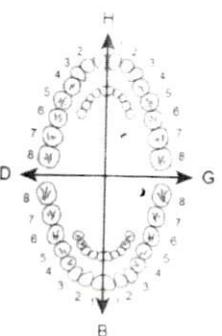
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | * |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 30000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

| | |
|-------------------------|------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | [REDACTED] |
|-------------------------|------------|

| | |
|--------------------|------------|
| MONTANTS DES SOINS | [REDACTED] |
|--------------------|------------|

| | |
|-------------------|------------|
| DEBUT D'EXECUTION | [REDACTED] |
|-------------------|------------|

| | |
|-----------------|------------|
| FIN D'EXECUTION | [REDACTED] |
|-----------------|------------|

| | |
|-------------------------|------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | [REDACTED] |
|-------------------------|------------|

| | |
|--------------------|------------|
| MONTANTS DES SOINS | [REDACTED] |
|--------------------|------------|

| | |
|---------------|------------|
| DATE DU DEVIS | [REDACTED] |
|---------------|------------|

| | |
|---------------------|------------|
| DATE DE L'EXECUTION | [REDACTED] |
|---------------------|------------|



مركز الأندكولوجي الشفاء
Centre D'Oncologie Achifaa



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

Docteur :

Casablanca le :

N^o Allocaté Fadima

NFS + PF

LST

Pr. OUKKACHE Bouchra
Hematologue
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 بيوگناش للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BIOUGNACH
D'ANALYSES MÉDICALES

د. هاجز بيوگناش

صيدلانية إحيائية

خريجية كلية الطب والصيدلة بالرباط

داخلية سابقة مستشفى 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

laboratoires Biougnach d'Analyses Médicales
Dr. Hajjar BIOUGNACH
8, Res. EL KHAWARIZMI, Avenue Moulay Abdellah
RDC - MEKNÈS - Tél : 05.35.52.17.17
Fax : 05.35.51.55.86

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

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

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