

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



Déclaration de Maladie

N° W21-682162

145867

Votre

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

145867

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ALLALI fatima et Hassan

Date de naissance :

1941

Adresse :

Résidence sur le 4^e étage Rue Hussain I

Tél. :

06 61 53 78 18 Total des frais engagés :

dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-682162

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Hajar Blougnach B. Rés. EL Knouzirni Av. Prince Moulay Abdellah BDC - Meknes / Tel : 05 35 52 17 17 Fax : 05 35 51 55 96	05/12/88	B-830	156,00 DH

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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 : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS []
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Casablanca le :

١٤/١١/٢٢

Docteur :

Dr. El Allouli Fatima

NFS + PF

UDH

Laboratoires Biougnach d'Analyses Médicales
Dr. Hajjar BIOUGNACH
B, Rés. EL Khawarizmi Av. Prince Moulay Abdellah
RDC - MEKNÈS / Tél : 05 35 52 17 17
Fax : 05 35 51 53 96

Pr. Bouchra OUKKACHE
HEMATOLOGUE
INPE : 091029892

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 MEDICALES

د. هاجر بيوگناش
صيدلانية إحياءية

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
داخليات سابقة في مستشفى ابن سينا

FACTURE N° : 221200190

Meknès le 08-12-2022

Mme EL ALLOULI Fatima

Date de l'examen : 08-12-2022

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, Bd. EL Hassan II Av. Prince Moulay Abdellah
RDC - Meknès Tel : 05 35 52 17 17
Fax : 05 35 51 55 86

8, résidence AL KHAWARIZMI, av Amir Moulay Abdellah V.N 50000 Meknes

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