

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-682162

145867

Voulez

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 145

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL ALLOUfi Fatima W. Luacesi Dni

Date de naissance :

1982

Adresse :

Résidence Saline 4 n° 3 Rue Hassane I

Tél. :

0661532818

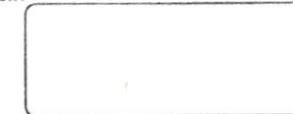
Total des frais engagés :

14

Dhs

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 ADHERENT

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).

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
<i>Monitoires Bionnatch d'Analyses Médicales</i> <i>Dr. Hajar BIONNACH</i> <i>Rte. El Khouerizmi Av. Prince Moulay Abdellah</i> <i>ROC - MÉCHES / Tél : 05 35 52 17 17</i> <i>Fax : 05 35 51 57 86</i>	05/12/22	R-130	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.

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 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"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	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													



مركز الأتكلولوجيا الشفاء

Centre

D'Oncologie

Achifaa



Angle Rues Lahsen El Arjoune 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

Casablanca le : 17/11/22

Docteur :

M^{re} El Allouli Fatima

NFS + PP

LDH

Laboratoires Biognach d'Analyses Médicales
Dr. Hajjar BIOGNACH
8, Rôd. EL Khawarizmi Av. Prince Moulay Abdellah
RDC - Aïn HANES / 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 بيوجناش للنحاليل الطبية
LABORATOIRE BIOUGNACH
D'ANALYSES MEDICALES

د. هاجر بيوجناش
صيدلانية إحيائية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
داخلية سابقة بمستشفى 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

Laboratoire Biougnaç d'Analyses Médicales
Dr. Hajjar BIOUGNACH
8, Rés. El Khawarizmi, Av. Prince Moulay Abdallah
RDC - MEKNÈS - Tél : 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 : biougnaç.laboratoire@gmail.com

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