

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 | 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.

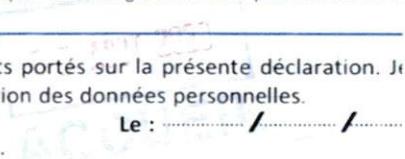
ND: 35575

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	01504		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL ALLALI Fatima	
Date de naissance :		06.11.1957	
Adresse :		Dher Lamhalla Lot Bayt Almagdis Rue Alboraneguel 1 N° 11 Oujda	
Tél. :	06.51.37.09.61 Total des frais engagés : 600 dh		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			Age: _____
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfar
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'adjudication conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
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 : .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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>TOIRE D'ANALYSE BDEL ALQOURI Dr Asmae LAJJOUN résidence Saïda - OUJDA 58 74 74 - Fax: 0536 68 74 75</i>	15/07/2012	B. 400	400,00 Dt.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE 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 d

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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'EXÉCUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
MOHAMMED VI - OUJDA  
Centre Hassan II D'ONCOLOGIE



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي  
محمد السادس - وجدة  
مركز الجسن الثاني للأنكولوجيا

Nom du Patient : El Allali Date : 23/06/20

Fathia

## Ordonnance

C A

19-9

Dr. Mouna KAIROUANI  
Spécialiste en Oncologie  
Centre Régional d'Oncologie  
Hassan II - Oujda

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr Asmae LAMJOUN  
Résidence Saidi - OUJDA  
Tél: 0536687114 - Fax: 0536687115

- \* Radiothérapie : 06 55 27 90 04  
\* Oncologie médicale : 06 55 27 90 03  
Fax : 05 36 68 71 14 - Tél : \* Consultation : 06 62 78 70 97  
\* Chef de BAF : 06 62 79 53 89  
\* Assistante Social : 06 62 78 65 34

# LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN  
INPE :083060640  
ICE : 001636557000050  
IF:40122309

Angle rue Jakarta et rue Lieutenant Belhoucine  
Résidence Saidi, Appartement N° 2  
OUJDA  
Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 17 juillet 2020

Mme EL ALLALI FATIHA

FACTURE N°	85326
Analyses :	
CA 19 - 9 -----	B   400   Total : B 400
Prélèvements :	
Sang-----	Pc   1,5
TOTAL DOSSIER	400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
DT ASMAE LAMJOUN  
Résidence Saidi Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75



مختبر التحاليل الطبية عبد المؤمن  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN  
Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN  
Spécialiste en Biologie Clinique  
Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR  
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

الدكتورة أسماء لمجون  
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Dossier créé le : 17/07/20

Édité le : 17/07/20

Prélèvement effectué à 09:12

Mme EL ALLALI FATHIA

Dossier : 20GEC4

Docteur Mouna KAIROUANI

Page : 1/1

### MARQUEURS ANTIGENIQUES

	Normales	Antériorités
CA 19-9 ----- : (Technique ELFA, VIDAS)	< 3,00 U/ml	< 37

✓

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
ABDELMOUMEN  
Dr Asmae LAMJOUN  
Résidence Saidi - Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75