

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-536778

ND: 35575

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.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01504 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALLALI Fatima

Date de naissance : 06-11-1957

Adresse : Dher Lamhalla Lot Bayt Almagdis Rue

Alhoronbeul N° 11 Oujda

Tél. : 06 51 37 09 61 Total des frais engagés : 400 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

[illegible]

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
	16/09/20	B400	1000,00 Dh

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Nom du Patient : El Allali Date : 23/6/20

Fatima

Ordonnance

C A 19-9

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
ABDELMOUMEN
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - OUJDA
Tél: 06 62 78 65 34

* 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
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - Oujda
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75



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

Dr Asmae LAMJOUN
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 17/07/20
Edité le : 17/07/20
Prélèvement effectué à 09:12

Mme EL ALLALI FATIHA
Dossier : 20GEC4
Docteur Mouna KAIROUANI

Page : 1/1

MARQUEURS ANTIGENIQUES

CA 19-9 ----- :
(Technique ELFA, VIDAS)

< 3,00 U/ml

Normales Antériorités

< 37

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