

# 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

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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.



## Déclaration de maladie

N° W19-585717

ND: 53213

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>3554</b>	Société : <b>RAMI</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : <b>Aboubaker MEJDOUNI</b>			
Date de naissance : <b>01-01-52</b>			
Adresse : <b>27 R. Mouad bnou jabal, lot Al Wahda Hay Mohamadi - Oujda -</b>			
Tél. : <b>06 62 170256</b>	Total des frais engagés : <b>1150,00 dh</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>22/12/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Abdellatif Benza</b> Age: <b>26</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>Acéropose</b>			
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'adjudant 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 : **Oujda** Le **22/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-585717

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

Matricule : **3554**  
Nom de l'adhérent(e) : **A. Mejdouni**  
Total des frais engagés : **1150,00**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RECEIPT DE PAIEMENT DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/12/2020 17/12/2020 18/12/2020	Acquittée Consultation	19	150	INP : 081219578                 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIONE ESSAADA ABDELLAOUI MAAM NADIA Opticienne - Optiste 21 RUE MAMOUNIA Imm. Est - Agadir Blok C - OUJDA Tel. 0535 718 64	18	1000 DHF
	19	
	2020	

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

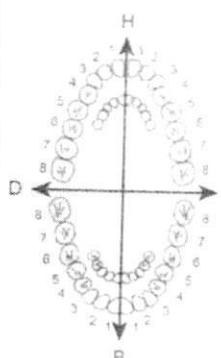
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533413	11433553

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



		DATE DE L'EXÉCUTION
--	--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**بصريات السعادية**  
**OPTIQUE ESSAADÀ**

*Abdellaoui Maan Nadia*

OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
EXAMEN DE VUE

ADAPTATION LENTILLES DE CONTACT

21, Rue Mohamed Abdou, Imm. Essâada,

Bloc C - OUJDA (à côté de 2M)

Tel : 05 36 70 48 64

Le, 18 / 12 / 2020  
M. : Mejdaoui  
Marwa

## FACTURE

N° 000112

D.M. W19 - 85717

Ordonnance du Docteur :

N° de nomenclature correspondant	Loins $\left\{ \begin{array}{l} OD = -1,50 \\ OG = -1 \end{array} \right.$
D.F $\left\{ \begin{array}{l} OD = \\ OG = \end{array} \right.$	Près $\left\{ \begin{array}{l} OD = \\ OG = \end{array} \right.$

### FOURNITURES :

Monture .....	Plastique	3.00
Verres .....	Myg MTC Bleu	7.20
TOTAL .....		10.20

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille dinars

OPTIQUE ESSAADÀ  
ABDELLAOUI  
Opticienne  
21, Rue ...  
Imme. Essâada ...  
Tel. : 05 36 70 48 64



D.M W19-585717

OUJDA Le

16/12/20

Nom et Prénom du malade

Najdabi Hanze

VERRES DE CORRECTION + MONTURE

\* VISION DE LOIN

ŒIL Droit : \_\_\_\_\_ - 1,50

ŒIL Gauche: \_\_\_\_\_ - 1

\* VISION DE PRES

ŒIL Droit : \_\_\_\_\_

ŒIL Gauche: \_\_\_\_\_

OPTIQUE ESSAADA  
ABDELLAOUI MAAN NADIA  
Opticienne - Optométriste  
1<sup>er</sup> Rue Mohamed Abdou  
Imm. Essaada Bldc C - OUJDA  
Tel. : 05 36 70 48 64

DR AMIRANI Youssfi  
OPHTALMOLOGUE  
VACATAIRE  
Clinique CNSS d'Oujda

Bd ECHCHOUHADA - OUJDA

Tel : 05 36 68 60 10 / 05 36 68 60 12 / 05 36 68 50 49 FAX : 05 36 68 60 11

شارع الشهيد داء وجدة



D.M. W19-585717

N° IPP : 342418	N° SEJOUR : 200022828	<b>FACTURE N° 2002009442</b>				DATE D'ENTREE : 16/12/2020 DATE DE SORTIE : 16/12/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE : MEJDOUNI,Hamza				
MALADE : MEJDOUNI,Hamza		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES COTES EN C</b> CONSULTATION DE SPECIALISTE OU PROFESSEUR	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 11062 DR AMRANI YOUSSEF (OPHTALMOLOGUE)				TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE : 16/12/2020 EDITEE LE : 16/12/2020 PAR: BENAOD				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u> :							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA							
				BANQUE : BMCE - OUJDA							
				N° compte bancaire : 011570000013210006052792							

