

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.

Reéducation :

- 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



Déclaration de maladie

N° W19-585717

ND: 53213

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3554 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Aboubakar MEJDURI

Date de naissance : 01-01-52

Adresse : 27 R. Mouadbnoujabal, Lot Alwahda Hay Mohammadi - Oujda -

Tél : 06 62 170256 Total des frais engagés : 1159,00 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age : 26

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : cataracte

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Oujda Le : 02/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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) : Aboubakar MEJDURI

Total des frais engagés : 1159,00



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
16/12/20	cf	150		INP 081219578
	Acquitée Consultation			

INP: 081219578

Acquiesce
Consultation

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE ESSAADA ABDELAOUALHAQ NADIA Opticien-traitement des yeux 21 Rue Mohamed V - 30000 Tlemcen, Algérie Tél. 033 37 18 64	18	
	19	7000 DH
	2020	

Montant de la Facture

71000 DHF

[illegible]

des Honoraires

[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

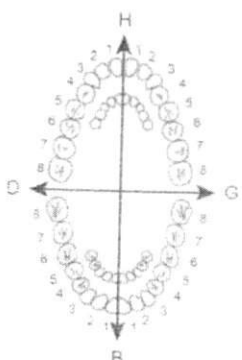
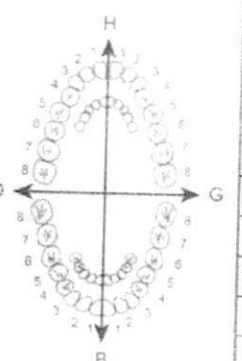
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 canalaire, ainsi que le bilan

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



بصريات السعادة OPTIQUE ESSAADA

Abdellaoui Maan Nadia

OPTICIENNE OPTOMETRISTE

EXAMEN DE VUE

ADAPTATION LENTILLES DE CONTACT

21, Rue Mohamed Abdou, Imm. Essaâda,

Bloc C - OUJDA (à côté de 2M)

Tél : 05 36 70 48 64

Le, 18/12/2020

M. : Mejdoubi

Hammou

FACTURE

N° 000112

D.M. W19-185717

Ordonnance du Docteur :

N° de nomenclature correspondant	Loins { OD = -1,50 OG = -1
D.F { OD = OG =	Près { OD = OG =

FOURNITURES :

Monture

Plastique

300

Verres

Grey MTC 2.00

700

TOTAL

1000

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille dix-huit

OPTIQUE ESSAADA
ABDELLAOUI MAAN NADIA
Opticienne - Optométriste
21, Rue Mohamed Abdou, Imm. Essaâda,
BLOC C - OUJDA
Tél : 05 36 70 48 64

وصفة
ORDONNANCE

D.M. W19-585717

Oujda Le

16/12/20

Nom et Prénom du malade

Negdoubi Hanzou

VERRES DE CORRECTION + MONTURE

*** VISION DE LOIN**

ŒIL Droit : - 1.50

ŒIL Gauche: - 1

*** VISION DE PRES**

ŒIL Droit : _____

ŒIL Gauche: _____

OPTIQUE ESSAADA
ABDELLAOUL MAAN NADIA
Opticienne - Optométriste
1. Rue Mohamed Abdou
Imm. Essaada Bloc C - Oujda
Tél.: 05 36 70 48 64

DR AMRANI Youssef
OPHTALMOLOGUE
VACATAIRE
Polyclinique CNSS Oujda



D.M. W19-585717

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

Intervenant : 11052 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		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
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				

Acquittée
Consultation