

## 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

- 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.



## Declaration de Maladie

Nº W19-597586

56093

A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>8298</u>	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Mess Amour Di Fongia</u>		
Date de naissance :		
Adresse : <u>Égypt 13 Rue d'Egypt 25 My ID Hrs</u>		
Tél. : <u>0644009835</u>	Total des frais engagés : <u>413,40</u>	

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"/> 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 plicconfidential à l'agent médical conseil de la Mutuelle.			

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'at  
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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

**Signature de l'adhérent(e) :** \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

20



Date de dépôt du dossier : .....	.....
Identification de l'agent : .....	.....
Cachet et Signature de la mutuelle	.....

8V V875 8370

### Description des actes affectués

و صفات الاعمال المحمولة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

CIM - 10 -

التاريخ d'exécution	الثمن الملعوب Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/12/2020	413,40	صيدلية السلامة PHARMACIE ASSALAMAH IBN LKHAYAT IDRISI Najia Nouakchott Fès Gour - 05 25 62 13 06
	INP : [REDACTED]	
	INP 142052091	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

**INP:**

INP : 1

1



Le : 13/09/20

Dr. ZEIN ALDINE SIDIQI  
M.D.  
C. S. D.

MOUSET

MUSTAFA

ORDONNANCE

S.V

120,70 X 2 Aergum S.V 3. (2 bds)  
2 g/j

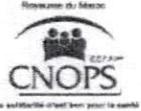
55,00 Doxoxil S.V 2 g/j

75,00 NAZAIR S.V Aeras. manat  
2 g/j. (2 bds)

21,00 X 2 Fobsox S.V 2 g/j

7413,40 PTX

HARMACIE ASSALAMA  
IBN LKHAYAT IDRISI Naja  
Le Tadraie Ch.Gar. 010361200


**CNOPS**  
 L'assurance maladie pour le secteur public

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

ⓘ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 5	-	03/11/2020	Virement	-	2 477,00 267,28	1	244,67	1 511,95
		12/10/2020	Payé en : 22 jours	YOUSFI ABDELKARIM	1 096,10	674,27	126,38	800,65
63950749								
		12/10/2020	Payé en : 22 jours	YOUSFI MUSTAPHA	600,00	268,00	44,00	312,00
63950708								
		13/10/2020	Payé en : 21 jours	YOUSFI MUSTAPHA	413,40	91,00	20,80	111,80
63969606								
		13/10/2020	Payé en : 21 jours	YOUSFI HAMZA	101,10	55,37	12,66	68,03
63969581								