

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 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.



Declaration de Maladie

N° W19-597586

56093

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mess Abdou Fanga

Date de naissance :

Adresse : 13 Rue d'Egypte 25 Mg IDHRS EL AGHAR

Tél. : 0644009835

Total des frais engagés : 413,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

20

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.

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

والى مرضى الكلى بالنسبة للعلاج والوقاية
نقدم

[illegible]

וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו
 וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו
 וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו
 וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו וְיִשְׂרָאֵל בְּיָמָיו

ገጽ ፩ ለገጽ ፩
 ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ (09 ለገጽ
 ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ
 ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ
 ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ
 ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ ፩ ለገጽ

المسألة الأولى في المصروفات على المبلغ المتفق عليه بين الطرفين.

۱۰۰
 ۱۰۱
 ۱۰۲
 ۱۰۳
 ۱۰۴
 ۱۰۵
 ۱۰۶
 ۱۰۷
 ۱۰۸
 ۱۰۹
 ۱۱۰
 ۱۱۱
 ۱۱۲
 ۱۱۳
 ۱۱۴
 ۱۱۵
 ۱۱۶
 ۱۱۷
 ۱۱۸
 ۱۱۹
 ۱۲۰
 ۱۲۱
 ۱۲۲
 ۱۲۳
 ۱۲۴
 ۱۲۵
 ۱۲۶
 ۱۲۷
 ۱۲۸
 ۱۲۹
 ۱۳۰
 ۱۳۱
 ۱۳۲
 ۱۳۳
 ۱۳۴
 ۱۳۵
 ۱۳۶
 ۱۳۷
 ۱۳۸
 ۱۳۹
 ۱۴۰
 ۱۴۱
 ۱۴۲
 ۱۴۳
 ۱۴۴
 ۱۴۵
 ۱۴۶
 ۱۴۷
 ۱۴۸
 ۱۴۹
 ۱۵۰
 ۱۵۱
 ۱۵۲
 ۱۵۳
 ۱۵۴
 ۱۵۵
 ۱۵۶
 ۱۵۷
 ۱۵۸
 ۱۵۹
 ۱۶۰
 ۱۶۱
 ۱۶۲
 ۱۶۳
 ۱۶۴
 ۱۶۵
 ۱۶۶
 ۱۶۷
 ۱۶۸
 ۱۶۹
 ۱۷۰
 ۱۷۱
 ۱۷۲
 ۱۷۳
 ۱۷۴
 ۱۷۵
 ۱۷۶
 ۱۷۷
 ۱۷۸
 ۱۷۹
 ۱۸۰
 ۱۸۱
 ۱۸۲
 ۱۸۳
 ۱۸۴
 ۱۸۵
 ۱۸۶
 ۱۸۷
 ۱۸۸
 ۱۸۹
 ۱۹۰
 ۱۹۱
 ۱۹۲
 ۱۹۳
 ۱۹۴
 ۱۹۵
 ۱۹۶
 ۱۹۷
 ۱۹۸
 ۱۹۹
 ۲۰۰

॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥
 ॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

၁၉၄၆ ခု ဇူလိုင် ၁၁ ရက်နေ့

ਸਰੋਤ:

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

ورقة العلاجات المتبعة بالمرض
Feuille de soins Maladie

REFANAM 1.1.01.01

N° Dossier : ..

(۴۱) در بیان این موضوع

11/11/18
11/11/18

५६ ४७८९१०१११२

॥ १५३॥ ३॥

* مع التأمين و التأمين * (e) مع التأمين *

Enfants

Montant des frais (Dhs) : 434

.....

Beneficiaire de soins
Nom et prénom :

Nom et prénom :
Date de naissance :
:
:

[illegible]Identification du médecin traitant
دكتور الطبيب المعالج

C. S. Bennett
IND : 141061861

Date prévue d'accouchement : _____

Date d'accident: _____

أعلام بركة في ما بقي الأعلام
التي على هذه النصوص

Le: 14/03/2014

Signature de l'assuré (c)

...ent de cet imprimé est formellement interdite

३॥ श्री गणेशाय नमः ॥

عملیات الاحیاء، الأشعة و الصور

CIM - 10 -

LIRE ATTENTIVEMENT
LA NOTICE AVANT
UTILISATION

Chlorure de benzalkonium
Exclapant à effet mouillant
Eupléments
Fertilisants prépollinifères (DOK) — 50,10mg
Sopre
4-6

Le: 13/09/20

Dr. ZEDJANI FANU
C. S. B...

Mouafi
NUTALMA
ORDONNANCE

HARMACIE ASSALAMAH
IBN LKHAYAT IDRISI Najia
100 Indragiri, The Gate - 8125621206

120,70 x 2 Aerius S.V 3. (2681)
2 mg

55,00 Amoxil S.V 2 mg
1 mg

75,00 NAZAIR S.V Aeross. nasal
2 inh. 2x2x2

21,00 x 2 Fobrox S.V 2 mg

Tu 13,40 for
HARMACIE ASSALAMAH
IBN LKHAYAT IDRISI Najia
100 Indragiri, The Gate - 8125621206



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)

Information	ENREGISTRE 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	NON PAYE 1
ACCORDE 1				

 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	1 267,28	244,67	1 511,95
63950749	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI ABDELKARIM	1 096,10	674,27	126,38	800,65
63950708	12/10/2020	Payé en : 22 jours		YOUSFI MUSTAPHA	600,00	268,00	44,00	312,00
63969606	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI MUSTAPHA	413,40	91,00	20,80	111,80
63969581	13/10/2020	Payé en : 21 jours		YOUSFI HAMZA	101,10	55,37	12,66	68,03