

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

8943

Société

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AHAOUSS

NOU REDDITE

Date de naissance :

1962

Adresse :

Bloc 2 n° 16 DERONA

BERRECHID

Tél. 06 68 44 47 40

Total des frais engagés :

550,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/04/23

Nom et prénom du malade :

Belkhadra Haliba

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HSA + Diabète T2 + Dépression

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

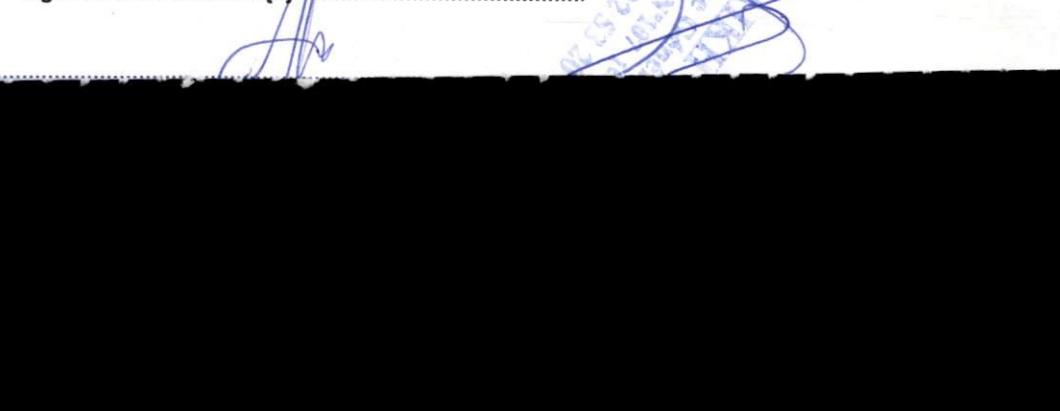
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

DERONA

Le 11/04/23

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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
11/04/23	c		1500h	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien  
PHARMACIE OUL HAKEM Date  
du Dr. Fournisseur  
Dr. OUL HAKEM HAJAR 11.04.23  
C.P.N° 5 Bis Deroua  
T: 05.22.03.43 77

**INPE:062098629**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (H) is 1; top-right is 2; right is 3; bottom-right is 4; bottom is 5; bottom-left is 6; left is 7; top-left is 8. Arrows indicate a clockwise cycle: 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 5, 5 to 6, 6 to 7, 7 to 8, and 8 back to 1. There are also counter-clockwise arrows: 1 to 8, 2 to 7, 3 to 6, 4 to 5, 5 to 4, 6 to 3, 7 to 2, and 8 to 1.

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

107, تجزئة الوحدة II. الطابق الأول  
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le .....

..... 11/04/23 الدروة، في



Belkhadra



Diamuron 60

1 cp 1j + 3 mois

82.70x3

2- Prezar 50

1 cp 1j + 3 mois

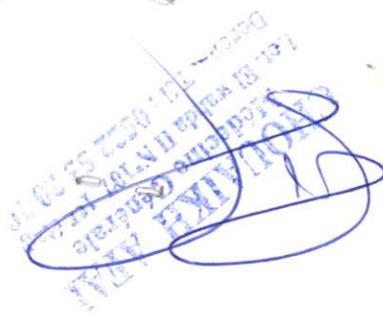


3- Mo Dep

1 cp 1j

+ 3 mois

T: 40550



PPV B2DH70  
PER 09/26  
LOT M1146

82,70

PPV B2DH70  
PER 10/25  
LOT L3497

82,70

PPV B2DH70  
PER 10/25  
LOT L3497

82,70

78,70

78,70



242600060-02