

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-547309

31.11.20



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8094

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LOUANJLI ADIB

Date de naissance :

28/04/1961

Adresse :

lot jardins Majbar n°10 n°24 California

Cas

06 614 23699

Tél. :

662,90 DH

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/5/2020

Nom et prénom du malade :

BEIRADA SABAH épouse LOUANJLI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome aux insomnies

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.

18 JUIL 2020

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/5/2020

## 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
15/11/92	1	1	2001,00	INP : 061119292 Dr. RBIHA Ait Médecin Généraliste Chgno

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OXYGENE SOUAD DEMNI FAZI, 1 bis, Bd Panorama Quartier Sidi El Aïcha - Annaba - Algérie Téle: 022 52 00 00</b>	15/05/20	462,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	<b>H</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>D</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>G</b>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<b>B</b>			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Ali RBIHA

الدكتور ربيحة علي

## Omnipraticien

## الفحص بالأشعة

## Radio - Echographie

## تخطيط القلب

E.C.G

## Km 30 - Centre Commercial

Haj Hamid Had Soualem

Tél.: { Cabinet : 05 22 96 41 07  
Domicile : .....

كلم 30 الد بکز التجاری الحاج حمید  
حد لسوالم

العيادة: 05 22 96 41 07 | الهاتف: ..... | العنوان: ..... |

Had Soualem, le:

15 | 5 | 200

## حد السوالم في

9<sup>me</sup> BERRADA SABAH épouse  
Louahjli

154.30  $\times^3$   
S-CiTAE 10<sup>kg</sup> **S.Y.** 304D no 3

18 metin fondaat 3 mei

$$\overline{T = 462,90}$$

Dr. R. B. I. H. ECG

