

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-545349

55971



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule :	102821	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHABA OUIZ MOHAMED
Nom & Prénom :		30/06/1960 -	
Date de naissance :		Adresse :	
Tél. :		06 04 05 9782	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	Docteur KHLAFA MOHAMED Médecin Spécialiste En Diabétologie - En Endocrinologie En Maladies Nutritionnelles Diplômé de l'Université René Descartes Paris 13 rue Baahdad - 1 <sup>er</sup> étage : 0523 77 04 44		
Cachet du médecin :	18-01-2021		
Date de consultation :	JAMALI	Age :	46
Nom et prénom du malade :	Dr. - H. Chekili		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète - Hypertension		
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 : 18-01-2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18-01-2021

## ~~RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES~~

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
18/01/2024	En	6	202,5	INP : 0918855300 Médecin : Dr KHALAFI Spécialité : Médecin Specialist En Diabétologie, En Diplôme de l'UFR En Médecine 13 rue Bachir Signature : Dr KHALAFI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien DU du Fournisseur	Date 18/01/21	Montant de la Facture 1228,80
		18/01/21 600,00

#### ANALYSES - RADIOPHARMIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



270,00 + 3



- Bou. Leclerc Zet  
2 Taxis - 09



PHARMACIE GHOU  
Dr. HRIOUA LAILA  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bel Abbès  
Constantine  
600,00

tel. le (3) 715-0115

Docteur KHALFA MOHAMED  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie et Endocrinologie  
En Maladies Métaboliques  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris  
13 rue Bachdza - 75670 Paris Cedex 13 - TÉL. 33 04 44

PHARMACIE  
Dr. HRIOUA LAILA  
N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bel Abbès  
Constantine

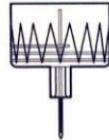
REF 325106 LOT 7353672 EXP 2022-12



STERILE

4mm

0,23mm (32G) x



# BD Micro-Fine Ultra™ Aiguilles à stylos

4mm



LES AIGUILLES BD Micro-Fine Ultra™ EXISTENT EN DIFFÉRENTES DIMENSIONS:

0,23mm (32G) X 4mm

0,25mm (31G) X 5mm

0,25mm (31G) X 8mm

Pour déterminer la taille d'aiguille la mieux adaptée, consultez votre médecin.

[www.diabetebd.fr](http://www.diabetebd.fr)

NEW

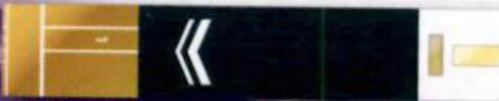
SD

BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

CodeFree™

Blood Glucose Test Strip

GOLD ELECTRODE



SD BIOSENSOR

SD Biosensor is not related to Alere Inc. or to Standard Diagnostics, Inc.

LOT

/LOT NO.:

50320066



/MFG DATE:

2020. 04. 29



/EXP DATE:

2022. 04. 28

NEW

SD

BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

CodeFree™

Blood Glucose Test Strip

GOLD ELECTRODE



SD BIOSENSOR

SD Biosensor is not related to Alere Inc. or to Standard Diagnostics, Inc.

LOT

/ LOT NO.:

50320066



/ MFG DATE:

2020. 04. 29



/ EXP DATE:

2022. 04. 28

NEW

SD

BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

CodeFree™

Blood Glucose Test Strip

GOLD ELECTRODE



SD BIOSENSOR

SD Biosensor is not related to Alere Inc. or to Standard Diagnostics, Inc.

LOT

/ LOT NO.:

50320066



/ MFG DATE:

2020. 04. 29



/ EXP DATE:

2022. 04. 28