

# 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.

N° W19-585957

2561

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1411

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALI ZRAOULI, Mohamed

Date de naissance :

1-1-49

Adresse :

El Mourir Abol Phada Ville Nouvelle Safi

Télé. :

0661328375

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé à

Docteur EZ-ZINE LHOUSSAINE  
M DECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail  
et Médecin Expert  
N°4, Rue N°4, SMISS TRIKI - VN - Safi  
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.21

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/04/12/11

Nom et prénom du malade :

ZRAOULI Ali Hamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

HTA + vertige

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/04/12/11



## **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
01/07/14	1		100,00 D.D.	INP : M208484 Bacteur EZ-ZINE LHOUSSAINE MEDECINE GENERALE Safi - MEDECINE de Travail SEUL EXPERT 01-1-VN. Safi 20.00 D.D.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	N°A. 2452-01 Tél: 05 Montant de la Facture
	01/04/81	434,40

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS [ ]
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDONNANCE

**Docteur EZ-ZINE LHOUSSAINE**  
MEDECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail  
et Médecin Expert

N°4, Rue N°4, SMISS TRIKI - V.N - Safi  
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

Sohi

Le : 01/04-21

ZRAJULI

Mr HAMER

101,803

# 19. Coverage of

18.00

29

5100

37

Tangane

434,40

**Docteur EZ-ZINE LHOUSSAIN**  
MEDECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail  
et Médecin Expert

N°4, Rue N°4 - SMISS TRIKI - V.N - Safi  
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

N°4, Rue N°4 - SMISS TRIKI - V.N - Safi  
Tél: 05.24.62.07.78 / GSM: 06.61.30.40.27

**Tangamil® 500 mg**  
تاجانييل  
ملع 500 °  
30 قرص -  
30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



728860