

# 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° W19-585993

72565

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

14.11

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Mr ZRAOULI HASSAN

Date de naissance :

1-1-49

Adresse :

5, rue Amir Abdellah V.N. SAFI

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EZ-ZINE LHOUSSAINE  
MEDECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail  
et Médecin Expert S2

Date de consultation :

27

Nom et prénom du malade :

ZRAOULI AHMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection gastro entérologique

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.

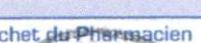
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	DOSSIER N° Montant de la Facture N°4 RU 07.78/CS INP 112000757
	Le 20/03/01	282,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	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"/>												
<b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	21433552														
	25533412	00000000														
	D ————— G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

# ORDONNANCE

Docteur EZ-ZINE LHOUECH  
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: 06.61.30.47

Safi Le : 22/03/2024

ZRAOULI M'HAMED

NO - SPA FORTE 80MG  
CP 820  
P.P.V : 45DH00  
LOT : 8909060  
12/2029  
6 118000 061816



45,00

by Nos per fait 80mg

18,50x2

29

Ixor 20 mg

28/2/00



Docteur EZ-ZINE LHOUECH  
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: 06.61.30.47

