

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 637

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : Draija Fatima Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

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
19.01.23	Voir la facture		515,03	 19-01-2023 Bd. Sidi Abderrahmane Argel - Sidi Bel Abbès - Algérie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachez du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>DR. TIR Abdelaziz 8, Route Mly Thami Hay Hac Tél: 0522 90 21 67</del>	19/1/23	251.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

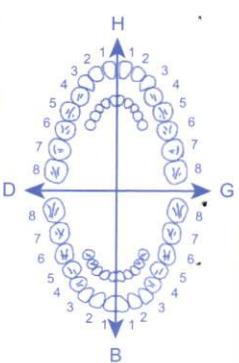
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

18/01/23

C. R de consultation

Mme Draiza Fahimz a gée

Le 8/1/23 a été vu aux urgences

Pour sa faiblesse respiratoire, elle

a bénéficié d'une oxygénothérapie

et n'a effectué IV de corticoïdes.

Sortie à domicile avec ordonnance.

OCEANIC CLINIC  
Anesthésiste - Réanimateur  
Dr. BERRADA Jaafar  
Dr. FARIK Jamal Aziz



090004029

19/01/23

Dra Drifa Fatima

Mme Spectrum 20mg

- 40.00 Effipred 20mg

PHARMACIE POLYCLINIQUE

Dr. TIR Abdelaziz

58, Route Mly Thami Hay Hassani

Tél: 0522 90 21 62 Casab

7990

- 200mg 251.50

14 (8) 131,50

EFFIPRED® 20 mg  
PPI 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 10

131,50 (131,50)

post 4 jours

Recette 31-

LOT 107045/FC6  
PER 09/2025  
PPC 79,90

18

Oncorad

Barcode  
090004029

Casablanca Le : 19/01/2023

Facture N° 629/23

Etablie par KAWTAR ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3A19452

N° Identifiant : 2301528/23

**Nom & Prénom : DRAIJA FATIMA**

C.I.NB464457

Date Début :

19/01/2023

Date 19/01/2023

Adresse : HAY JNANE LOUZ BD EL FILLINE NR 331 HH CASA

Traitemet : Consultation

Prestations

Médecin : BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

**SEJOUR**

Frais clinique	1	175,00			175,00
<b>Total Rubrique :</b>					175,00

**CONSOMMABLE MEDICAL**

Consommables médicaux	1	5,03			5,03
<b>Total Rubrique :</b>					5,03

**PHARMACIE**

Pharmacie	1	35,00			35,00
<b>Total Rubrique :</b>					35,00

**PARTIE CLINIQUE :**

**HONORAIRES MEDICAUX**

Dr. BERRADA JAAFAR+FARIK JAMAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
<b>Total Rubrique :</b>					300,00

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:**

Encaissement :	<b>TOTAL FACTURE</b>			515,03
Espèce :	Chèque :	Solde :		515,03

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cent quinze Dirhams et trois Cts

10-01-2023  
Cachet et signature