

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.

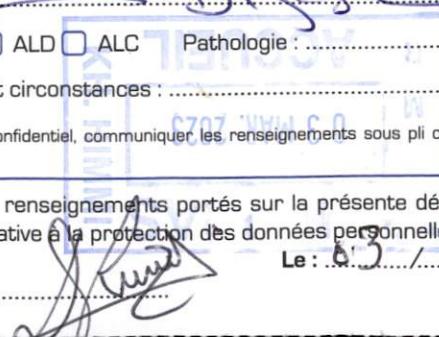
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 à caractère personnel.



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/10/2023 | Contrôle | | | Dr. Omar BENREDDOUN Spécialiste en Gastro-Entérologie et Néphrologie Centre Médical et Clinique 3000 Bab El Oued 16190 Algérie Signature : 30/10/2023 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>Medal 15/2023 Pharmacie El Maha Sous Rabia Oulifa - Tel: 020 24 11 11 11</i> | 28/04/2023 | 2201,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|----------|----------|----------|----------|-----------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | NOM DU VETEUR | | | | | | | | | | | | |
| | H | G | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D ————— G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| D ————— G | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MONTANTS DES SOINS</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DATE DU DEVIS</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DATE DE L'EXECUTION</p> | | | | | | | | | | | | | |

UNSA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif
(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

28/02/2023

180,00 X3

Nom : HADIRI ESSADIA

- RAZON 40 mg

1 cp/j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

Puis

1 cp/j demi heure avant sohour
pdt ramadan

Puis

1 cp/j demi heure avant petit dej
pdt 2 sem. apres ramadan

- ANTI-SPA 200 mg

1cp*3/j avant repas
pdt 10 jours

- FENOLAX gel

2 gel*2/j 1 heure apres petit dej
1 heure apres dej
pdt 10 jours

40,00

65,00

92,00

74,90 X2

- OXYMAG 375 mg

1 cp / j le soir
pdt 40 jours

437,00 X3

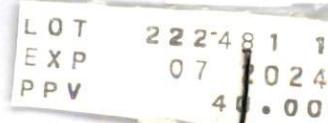
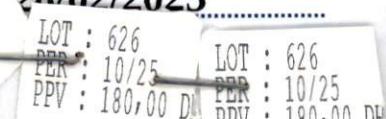
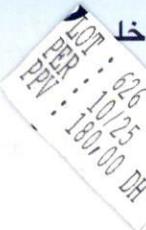
- SEPCEN 500 mg

1 cp *2/j apres repas
pdt 10 jours

- JANUMET 50 / 1000 mg

1 cp *2 / j pdt 3 mois

2201,60



Distribué par MSD MAROC
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

