

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : *Zitouni HALLAL*

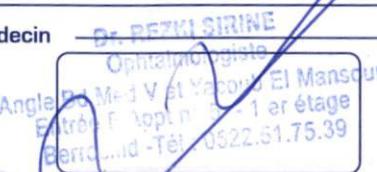
Date de naissance : *24/12/1955*

Adresse : *HAY AZZAKHIRA Passage HALIMA SABA N° 11*

Belvédère

Tél. : *06 04 47 78 72* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : *20/03/2015*

Nom et prénom du malade : *Hallal Zitouni* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

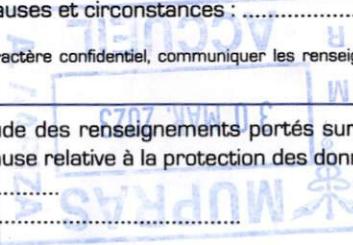
Nature de la maladie : *affection oculaire*

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
20 MARS 2023	1615	Act/s	250,00DH	Dr Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appart n° 1 - 1er étage Berrechid - Tel : 0522.51.75.39

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Océan du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
<b>Opticien KHALIL AD MY</b> Opticien Ophtalmométriste Diplômé d'Etat 87 Bis Rue Medina Berrechid Té 0522 32 41 11 06 100051-Pat N 40707-88-CNSS 22470 <b>Pharmacie ALJOURUM</b> REPARADA JTHANE	<b>CONTACT</b> 27/03/2023	<b>1500,00</b> <b>170,50</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

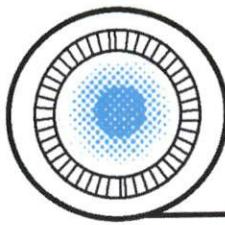
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

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





# optic contact

# *Opticien*



065008021

## **Opticien Optométriste**

**Facture N° 1943/23**

BerrechId, le

24/03/2023

Client : The HALLOWEEN ZITOUNI

Code	Description	Total
431	B vision very poor	1000
431	Egypt photo print 1/2m mente	1000
		500,-
		<u>total</u>
		2500
	M +1,00 (-1, TV à 90)	
	O/G +1,00 (-1, N à 90)	
	<del>OPTICCONTACT Opticien Ophtalmique Diplômé d'Etat Hassan Hamed 57 Bis Rue Abdallah Benchaâda Té 032 32 44 41 IF 06 100051- Pal N 10707 188-CNSS 2441</del>	2.000
	Arrestée la présente Facture à la Somme de :	
	<u>Arrestée la présente Facture à la Somme de :</u>	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

~~CONTACT~~ M. Chérif Khlaidi Diplôme d'Etat Opticien Ophtalmologue Béjaia Tel: 0522 32 44 41 IF 06 100051-Per N° 107-188-CNSS 221792  
ure à la Somme de :

57, Bis Rue Médina (près l.O.N.E.) Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.41.44 - I.F. : 06100051  
Patente : 40707188 - T.V.A. : 771037 - C.N.S.S. : 2244797 - ICE : 001554434000048 - R.C. : 607 Berrchid