

# 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

- 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 du traitement des données à caractère personnel.

M23-002960

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR ZRAOULI Mohamed

Date de naissance : 2-1-48

Adresse : 5 Rue Amir Abdellkader Ville Nouvelle Sidi

Tél. : 0 661 32 83 75 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZRAOULI Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Epigastralgie - Asthme

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الصيادة الجديدة PHARMACIE NOLVILLI 13, Place de l' Indépendance Tel: 05 24 46 30 87</p>	14/03/2023	25650

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE NOUVELLE 13, Place de l'Indépendance Tel: 05 24 45 30 87-52			

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZ-ZINE Lhoussaine  
MEDECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail et  
N°4, Rue N°4 SMISS TRIKI - V.N - SAFI  
Tél: 0524 62 07 78 - GSM: 0661 38 40 27

Le : 12/03/2023

## Ordonnance

Sexe : H  F

Nom/Prénom : ZRAOULI  
Age : 41 ans

PPU 118DH50 EXP 11/2024  
LOT 28018 3

118.50

Mr Iker 20 kg

69.00 X 2/3 → - - - / ,

- 138.00 → - - - / ,

2g Brno 20 kg 4v  
a - - - / ,



BIOFAR DIGESTION CP EFF BTE 8  
PPC : 69.00

Ut Av | Lot :  
05/2025 | 2118/12  
IPHADERM

BIOFAR DIGESTION CP EFF BTE 8  
PPC : 69.00

Ut Av | Lot :  
05/2025 | 2118/12  
IPHADERM

256.50  
صيدلية الجديدة  
PHARMACIE NOUVELLE  
13 Place de l' Indépendance  
Tel: 05 24 46 30 87-Safi

Docteur EZ-ZINE Lhoussaine  
MEDECINE GENERALE  
Echographie - Médecine de Travail et  
N°4, Rue N°4 SMISS TRIKI - V.N - SAFI  
Tél: 0524 62 07 78 - GSM: 0661 38 40 27