

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4429 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ODMIA HASSAN

Date de naissance : 10/01/1960

Adresse : El Attarine

Tél. : 0634259293 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2023

Nom et prénom du malade : EL ODMIA HASSAN Age : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Obstruction

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 : CP SA

Le : 05/03/2023

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
02/01/2023	Opérations	100	2023	<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL LOTF	5/3/2023	12.00
Mr. BENJELLOUN NEAMA		
10d. Oued Tensift El Oulfa		
Tel: 022 91.00.23		
INPE:092025014		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



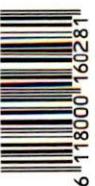
2300649647 / 180507191546LA.

Prénom : Hâssan PAYANT  
Nom : EL ODMA Sexe: M  
DDN : 01/11/1961 E: 05/03/2023  
Service : URGENCES (NA).



~~PHARMACIE EL LOTE~~

Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tel: 022 91 00 23



18.00  
I Betneval  
PHARMACIE EL LOTE  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tel: 022 91 00 23  
999 x 20 ml  
10 ml  
03/2023  
Chk

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Dr. Nader Mohamed EL HABBOU  
Urgentiste

## T U R E

5 / 2023 du 05/03/2023

Entrée 05/03/2023

Sortie 05/03/2023

Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
1,00		300,00	300,00
		Sous-Total	300,00
1,00		2,08	2,08
		Sous-Total	2,08
			302,08

	Total	302,08

Total encaissé	Solde
302,08	0,00

N° D'admission : 230 649 (44) Montant : 302,08  
 Patient : ...  
 Payé par : ...

IPP : .....

Quittance - Paiement espèces 0759226

Date : 05/03/2023

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 Email: contact@hck.men.dz  
 www.hck.men.dz

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

05/03/2023  
14:17

Nom Patient : EL ODMA HASSAN		Numéro dossier : 2300649647			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
05/03/2023	SONDE D'ASPIRATION PVC ORX CH.10	1474727	1,00	2,08	2,08
Total pharmacie				2,08	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 41 77  
E-mail: contact@fckn.tn