

# 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.

Nº M20- 0003444

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
Matricole : 1278

Société : DAM

Actif  Pensionné(e)  
Nom & Prénom : ENNAASSINE ABDELLAHI

Date de naissance : 03/10/49

Adresse : 1 HAC WATA Sétif 712

Tél. : 06 93 69 98 61 Total des frais engagés : 142,500 + 2 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/2013

Nom et prénom du malade : ENNAASSINE ABDELLAHI Age : 64

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DE, HBP, Br. ariétannelles.

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.

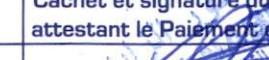
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le ..... / ..... / .....

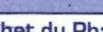
Signature de l'adhérent(e) : Houf



## 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
22/05/88	CS		- 250 -	 Dr. H. A. Al-Sabti Urologist Andrologist Arabic Urology Society Member Arabic Andrology Society Member Arabic Andrology Society Member

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/08/23	1445,00, DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	544. Lot 123456789	1000	1000

#### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

Docteur EZALDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles. Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدی نبیل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات  
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول اللإرادي

- حالات وجود الدم في البول

- الام و اورام الغصينتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 02/08/2023

N°

ENNASSINE

ABDELLATIF

Rectis

490,00

5mg

x 1/48h

3x  
153,30

Permixon

160mg

7g

7g

7g

7g

7g

7g

7g

3 mois.

3 mois.

3 mois.

3 mois.

109,30

Confiflo

0,4 mg

x 1/7

10g

10g

10g

10g

10g

10g

10g

136,00

Uricalur

1415,00



DR. EZZALDI NABIL  
Chirurgien Urologue - Andrologue  
جراحة المسالك البولية و التناسلية  
الطب العام - العلاج المخبري - العلاج التكميلي



40، شارع عبد الرحيم بوعبيد، الخطاب الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)

تجزئة تيسير 2 - برشيد. الهاتف : 05 22 03 05 35

