

# 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 du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHEF ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance : 12 Juillet 61

Adresse : 134 Rue Mohammedia

Hay Hanou

Tél. : 06 61 18 84 21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... INFE

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 : 20/09/23

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
15/09/23	es ORL + Audiologique	4000 Dhs		Dr. MENNOUNI Mohamed Amine ORL et Chirurgie Cervico-Faciale INPE:061290250

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZENITH Nadia ZENNARO Avenue du Phare - 23310 Sétif Sétif - Tél. 03 22 20 18 67	15.05.29	451,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
HARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Residence Taghazout Tunisie Tél : 05 22 20 28 67			

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

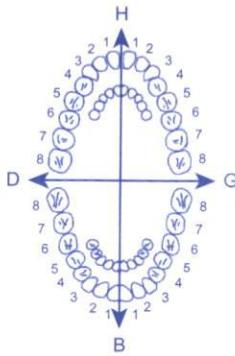
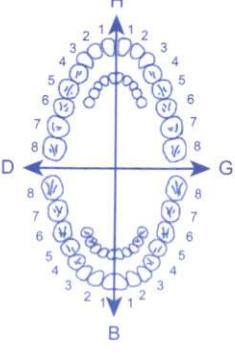
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
	D		G	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
	B			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>

**Dr. Mennouni Mohamed Amine**

- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements



**د. محمد أمين منوي**

- ◀ أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة
- ◀ جراحة الوجه والعنق
- ◀ تشخيص و علاج الدوخة
- ◀ إضطراب الشم والتذوق والسمع
- ◀ علاج الحساسية والشخير

Casablanca, le .....

١٥/١٠/٢٣

20,80

Ndz Cherif Alai

22,70

1- Rhinospine

259,60

(126,30x2)

2- Augmentin 1g (x2)

20,80

3- Glucophage 500

122

Acxut. plt 11

(24,60x5) Levoflax 100 mg

Triplast

Dr. MENNOUNI Mohamed Amine  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPZ 061290250

26,80  
(\$3,40 x 8) Lev-thyrox 50 µg  
Augmentin

6,80 2 - Levthyrox 25 µg  
Augmentin 10 mg

451,70

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZENNAMA  
Avenue de la résidence Teghazout  
Casablanca

## AUGMENTIN 1g sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.  
كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651611  
PER: 02/25



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651609  
PER: 01/25



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



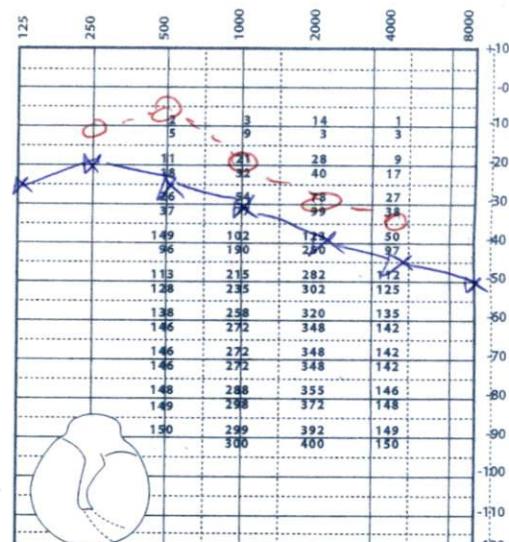
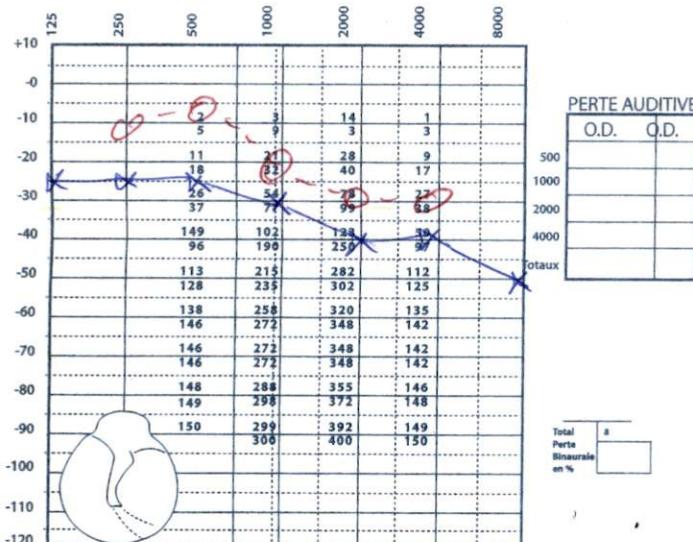


- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements

- ◀ أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة
- ◀ جراحة الوجه والعنق
- ◀ تشخيص و علاج الدوخة
- ◀ إضطراب الشم والتذوق والسمع
- ◀ علاج الحساسية والشخير

Casablanca, le ..... ١٥ / ٠٣ / ٢٣

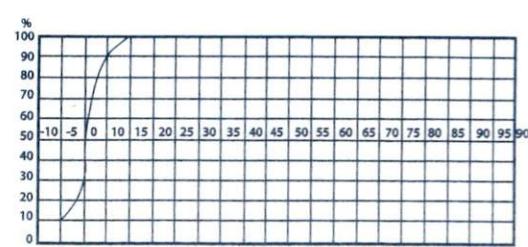
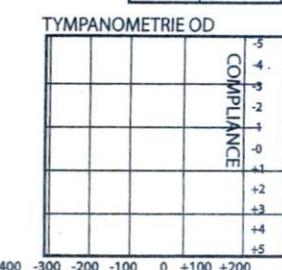
Mr. Chirif Aloui Ndz.



Bing

Bing

Bing



Dr. MENNOUNI Mohamed Amine  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
INPE: 061298750