

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 : 4828

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAKIB MA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PR. Saadia ZAIN
Hématologie - Oncologie
Clinique Al Madina

Date de consultation : 27/10/2017

Nom et prénom du malade : Halima Fouzia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mijeh

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

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/10/2022	Catholé			                    

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MENDOUR Docteur MENDOUR Houda Avenue de l'Indépendance Boumoussi El Qods Tunis - 10522 73 40 40	27/10/2022	688,40
	27/10/22	1388,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B 11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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				

LOT 222164 1
EXP 06 2024
PPV 347,000 DH

131,60

347,00

27/07/22

LOT 212409
EXP 09 2023
PPV 347,000 DH

347,00

ORDONNANCE

52.80

1) Dexed long.

1cp 1J + 10 jours

2) My sin 100mg.

1cp 1J le SOIR x 4 mois

3) Dexamethasone 40 mg

347,00 1g elute /semaine le mardi

132,00 347,00 DH 1388,00

4) Abvex 0,4 J-20

Pharmacie KASSADI
20, Avenue de l'Indépendance
Tunisie 1007
Tél: 0922754300

1 inject S/c / J x 7 mois

5) Duphalac 800

1cuill x 3 1J x 1 mois

LOT 211149
EXP 04/2024
PPV 52.80 DH

PPV: 25DH00
PER: 06/27
LOT: L1794

LOT 221601
EXP 06 2024
PPV 347,000 DH

132,00

6) Zyprexa 300

1cp/15 x 10 jours.

7) Spectrum 500 ~~x~~

131.60 1cp x 215 x 7 jours

26.00

8) Tramadol 50 mg ~~x~~

1cp x 215 a 10 jours

JKR
Dr Houda
Dr Hamidia
El Qods
El Anan
Dr M
Docteur M
Avenue
Sidi B
Casablanca

T = 688.40

Pharmacie MENDOUR
Docteur MENDOUR Houda
Avenue El B
Dr Hamidia
El Qods
Sidi B
Casablanca T: 06 22 73 40 40

LOT	2 2 2 1 6 4 1
EXP	06 2024
PPV	3 4 7 x 000 DH

347,00