

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3081	Société :	145759
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		RAOUZ AHMED	
Date de naissance :		1952	
Adresse :			
Tél. :		0666247011	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3 / 1 / 2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète de geste

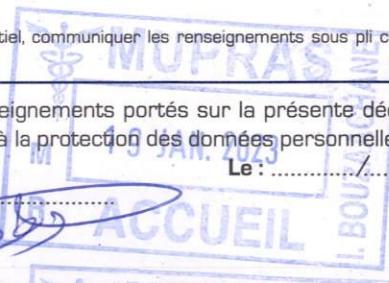
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/02/22			16	Dr BELMIR HICHAM Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire INPE: 061-6841

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

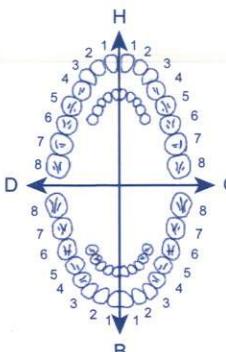
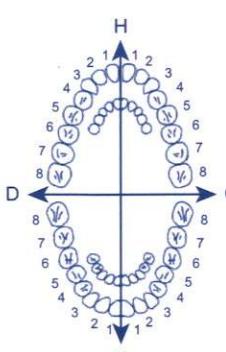
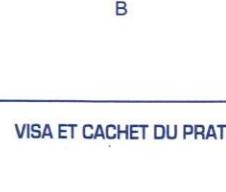
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	J M	I V	
Université Internationale des Sciences et Technologies de Tunisie	29/12/22	changement de paume en haut	changement de paume en bas			120,00 DT
	02/01/23	changement de paume en haut	changement de paume en bas			120,00 DT
	05/01/23	changement de paume en haut	changement de paume en bas			120,00 DT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"></div>																		
																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																						
																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
[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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 172 558 / 2022 du 29/12/2022

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 29/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00

CHÉIKH KHALIFA
Hôpital Universitaire International
Santé Albidulalifères

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 86 / 2023 du 02/01/2023

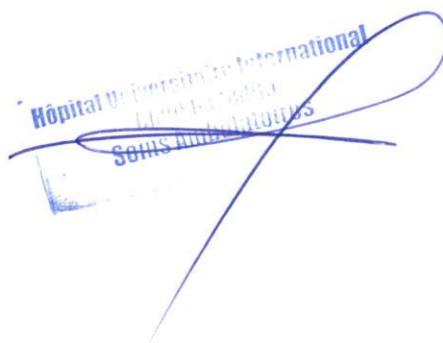
Nom patient : **RAOUZ AHMED** Entrée 02/01/2023

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie 02/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT VINGT DIRHAMS		Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 2 168 / 2023 du 05/01/2023

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 05/01/2023

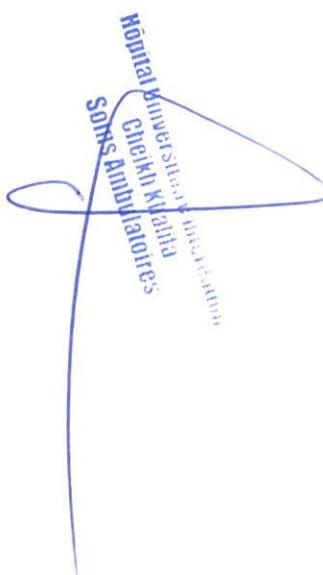
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 05/01/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CENT VINGT DIRHAMS		Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



Date : 02/01/2023

Quittance - Paiement espèces **0733381**

IPP :

N° D'admission : 2350616736 Montant : 120 ₧

Patient : RAOUF



Emm

Date : 29/05/2022

Quittance - Paiement espèces

737543

IPP :

N° D'admission : Montant : Ns, -

Patient :
MSOUZ AHD 60



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 05/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0743512

IPP :

N° D'admission : 9200618883 Montant : 120.00

Patient : Razzouk Ahmed

Payé par : Lui Mémo

