

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.

M22- 0032826

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 23723

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 17/01/51

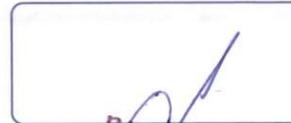
Adresse : 128, Al Maadi Preiba Tebourba

Tél. : 066 540 59

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 MAR. 2023

Nom et prénom du malade : EL ALLAL BEN ABDELLAH Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hypertension

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 : El Jadida

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
11/2/23				<i>(Signature)</i> Février 2023 Dr. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE IBN ROBIN	14/02/2023	90B	100 DH
Tél: 05.37.74.77.24 / Fax: 05.37.74.19.66			

AUXILIAIRES MEDICAUX

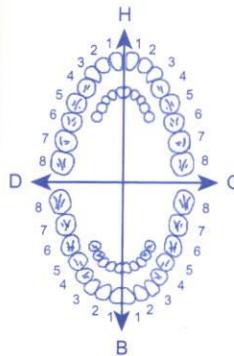
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Dossier ouvert le : 14/02/23

Edition du : 15/02/23

Compte Rendu d'Analyses

Madame EL HANI FATIMA
Né (e) le: 01/07/1951

Réf. : 2351123

EXAMEN MICROBIOLOGIQUE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Traitemennt antibiotique -----: Ubiprox 500 mg entamé le 14/02/2023.

EXAMEN MACROSCOPIQUE:

Aspect ----- :	Trouble
Couleur ----- :	Jaunâtre
Culot----- :	Important

CHIMIE:

(Uricheck Sticks Vedalab)

pH -----:	6,0	4,5 - 7,8
Nitrites -----:	Négatif.	
Glucose -----:	Négatif.	
Corps cétoniques -----:	Négatif.	
Sang -----:	Positif(++) .	

CYTOLOGIE:

Leucocytes ----- :	58 • /mm ³	< 10
Hématies ----- :	370 • /mm ³	< 10
Cellules épithéliales ----- :	Quelques.	
Cristaux ----- :	Absence.	
Cylindres ----- :	Absence.	

EXAMEN DIRECT ----- : Absence de germes.

CULTURE SUR MILIEUX SPECIAUX

Identification des germes ----- : Absence de germes.

NOTE: Cytologie positive, bactériurie négative: patient sous traitement antibiotique, infection à germe spécifique ou inflammation d'autre origine.

Dr KETTANI HALABI Imane
Biogiste
Laboratoire Ibn Rochd - Témara
Avenue Hassan II Rue Iran
Tél : 05 37 74 77 24 - Fax : 05 37 74 19 66

tel: 06.37.17.24 / fax: 06.37.4.19.66
TELEMAQ -
LABORATOIRE IRM ROCHE

Dr. EL FALI
Cs Oued Abdallah
Tunisie

BC BU

PUS

U = R (dans) Padua

04/23

Temara le mardi 14 février 2023 Madame EL HANI FATIMA

FACTURE N° 80484

Analyses :

Cytobactériologie des urines -----

B

90

Total : B 90

TOTAL DOSSIER

100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Dirhams

LABORATOIRE IBN ROCHD
- TEMARA -
Tél: 05.37.74.77.24 / Fax: 05.37.74.19.66

INPE: 103060901