

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031147

Optique *157357* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3264* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *CHRAIBI Faical*

Date de naissance : *1949 as FES*

Adresse : *Lotint 6 Attablounine Rue 6 N° 57 OULFA*

Tél. *06 66 19 85 68* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *3/12/22*

Nom et prénom du malade : *Chraibi Faical* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HBP* Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *14 AVR 2023*

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 : *Carabous* Le : *03/12/22*

Signature de l'adhérent(e) : *fa*

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
3/12/22 Consultation			gratuit	DR. CHRAIBI Mohamed Anas Docteur en medecine
20/1/22 Consultation			gratuit	DR. CHRAIBI Mohamed Anas Docteur en medecine
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date		Montant de la Facture	
Pharmacie SOPHIA Mme Benbrahim ip. Slaoui 214, Bd Ibnou Sina - CASA Tél: 022 6 01.444	3/12/2022		196,00	
	20/1/2023		364,20	

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'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casa Le : 3/12/22

Faigal chraibi

98,00x2



Tamsulosine

Nab. 00

1 gel / j le soir pendant 3 mois

Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim ip. Slami
274, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022 36 01.54

DR. CHRAIBI
Mohamed Anas
Docteur en medecine

ORDONNANCE

Casa le 20/11/22

Mr/Mme Farajal chraibi

121-60x3.

Umaxe



364,20 1 gel/j le soir pdt 3 mois

الطباعة المائية
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim Y. Sifra
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022 36.01.54

Cachet du médecin



LOT 221421
EXP 04/2024
PPV 121.40D



أو ماكس™

طمسولوزين



400 مغ
عن طريق الفم

30 x

حببات ذات تحرير ممدد في كبسولات



LOT 221421
EXP 04/2024
PPV 121.40D



أو ماكس™

طمسولوزين



400 مغ
عن طريق الفم

30 x

حببات ذات تحرير ممدد في كبسولات



LOT 221421
EXP 04/2024
PPV 121.40D



أو ماكس™

طمسولوزين



400 مغ
عن طريق الفم

30 x

حببات ذات تحرير ممدد في كبسولات



REELS / كيلو

SOR / سوري

MIDI / ميدي

MATIN / ماتين

POSOLOGIE / الجرعة · HORWICHES / كيلو

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MIG GELU B30

P.P.U : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E003

PER.: 03 2024

Uniquelement sur ordonnance - Liste

Document unique sur ordonnance - Liste

احتفظ بوصلك

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

تمسولوزين وين® ت.ب.

كlorohidratis Tamsozine

مع 0,4

30 كبسولة ذات تحrir بطيء

عن طريق الفم

REELS / كيلو

SOR / سوري

MIDI / ميدي

MATIN / ماتين

POSOLOGIE / الجرعة - HORWICHES / كيلو

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MIG GELU B30

P.P.U : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E003

PER.: 03 2024

Uniquelement sur ordonnance - Liste

لدواء - دليل الأدوية - لطب

احترافياً ومهنياً

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

تمسولوزين وين® ت.ب.

كlorohidratis Tamsozine

مع 0,4

30 كبسولة ذات تحrir بطيء

عن طريق الفم