

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº M20- 0007980

Optique *170474* Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *5575* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *M. CHAFI ABDEL LATIF*

Date de naissance : *04-09-59*

Adresse : *AV. SA - CASA*

Tél. : *05 22 134 923* Total des frais engagés : *902.80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *21/06/2023*

Nom et prénom du malade : *CHAFI ABDEL LATIF* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Symptômes*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confié au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *CHAFI*

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
21/06/23	SOI	E	800,-	Chirurgien Urologue 16-06-23 518075

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UNIVERSITE DE TUNISIE El Djem 05 2009	21/06/93	302,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Télé: 0670518975	21/06/13	clue	37,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

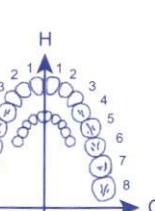
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom:CHAFI,ABDELLATIF
ID:20230621-170448-1C28 DOB:01/01/1959 Age:64Ans Sexe:Masculin
ABD
Date examen:01/01/2010

Urology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Annotation:

Vessie peu remplie non evaluable.

Prostate homogene de 30 cc de volume.

Reins desimensions normles etbcontours reguliers avec bonne differenciation cortico-sinusale.

Bon index cortical renal.

Absence de lithiases,kystes ou masses solides renales.

Absence de dilatation des voies urinaires excretrices.

CONCLUSION:

-Echographie renale et vesico-prostatique sans anomalies visibles.

Signature . (sceau):

Date sign.:

DR. ID MHAMMED Yous...

Residence marwa 3 avenue 2 mars, rond point d'europe
 Téléphone: 0522490490
 Fax:
 Site internet:

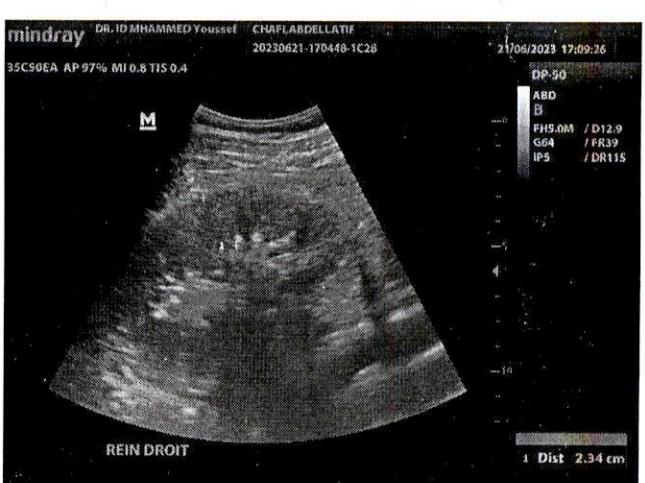
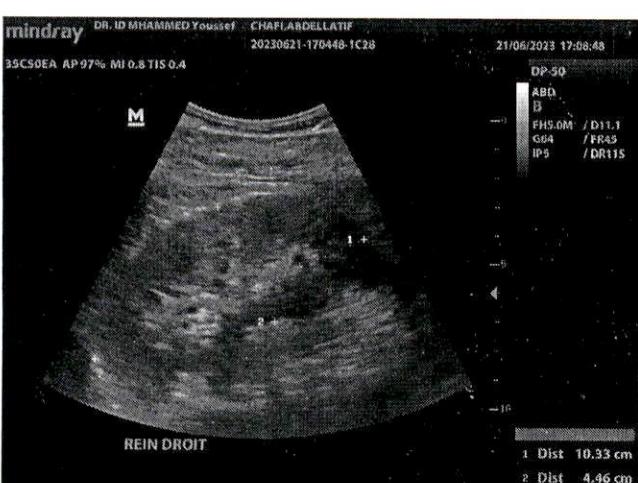
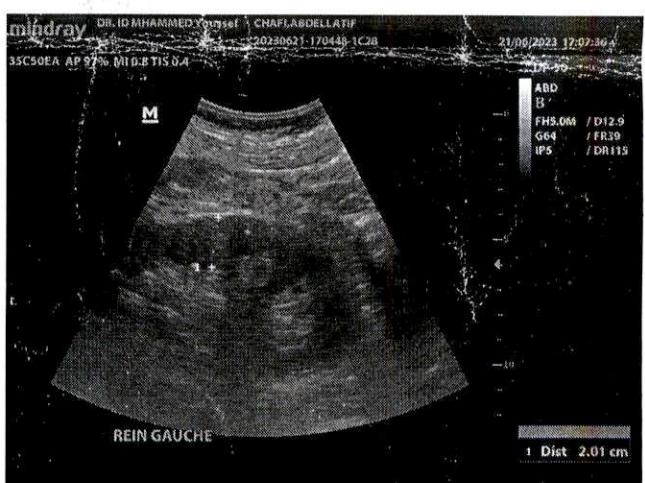


Nom: CHAFI, ABDELLATIF
 ID: 20230621-170448-1C28
 DOB: 01/01/1959 Age: 64 Ans
 Sexe: Masculin

ABD
 Date examen: 01/01/2023
 Equipement utilisé: DP-50
 Opérateur: Emergency

Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason



Dr Id Mhammed Youssef
Chirurgien - Urologue



الدكتور إد محمد يوسف
اختصاصي في طب وجراحة الكلي
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

إختصاصي سابق
في مستشفيات قلالي ديربورن، بروشلونة.

Ancien Chef Clinique
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

Casablanca :
NOTE D'HONORAIRES (REF 144/23)

CHAIFI ABDELLATIF

Consultation : 300.00

Echographie : 300.00

TOTAL: 600.00 dhs

Casablanca le 21/06/2023

ICE 001637569000080

Dr. Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél: 06 75 51 80 75

Dr Id Mhammed Youssef
Chirurgien - Urologue



*Ancien Chef Clinique
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.*

الدكتور إد محمد يوسف
اختصاصي في طب وجراحة الكلى
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

إختصاصي سابق
في مستشفيات ثال ديبرون، برشلونة

Casablanca :
CHAFI ABDELLATIF

109,70
-CONTIFLO 0,4mg

193,10
-1cp/j le soir pendant 3mois.

—

302,80



TRAKA
Alia 1
El Oued Casablanca
Tél 05 22 89 88 60

CASABLANCA , le 21-06-2023

