

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

17/09/2023 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **04802** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHOUAÏBI MOSTAFA**

Date de naissance : **21-03-1959**

Adresse : **Abitellis**

Tél : **06 48 49 93 71** Total des frais engagés : **134,001** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Fakhreddine LKOUTBI
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie
INPE . 091256859

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/08/2023**

Nom et prénom du malade : **SAÏD SENTAT KHAOJA** Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Douleurs de l'épaule droite**

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 : **Casa** Le : **12/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **J. L. P.**

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
17/08/23	CS	—	Gratuite	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAHNOUN</i> Malaa Im. 11 Tunisie Tél: 051 171 600 - INE: 092051702	17/08/23	136,000

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
		AM	PC	IM	IV	

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien chirurgien au CHU de casablanca
- Ancien chirurgien aux hôpitaux de france

Ordonnance faite le : 17/08/2023

INPE. 091256859
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Dr. Fakhreddine LKOUTBI
Bp Med Zefzaf - Al Walaa km.11
Tél: 0522707650 - 092051762

name: Sem Hal KHAJAH

59,30



34,00



37,30

Dulastan 37,30



31,11 Depomedrol 80

59,30