

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4538

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELMOUADDEN HASSAN

Date de naissance :

25/11/1960

Adresse :

Blae El 15 Desoua

Tél. 06 64 31 59 78

Total des frais engagés :

446,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/01/2024

Nom et prénom du malade :

ELMOUADDEN NAXIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Microcystotomie / G. CNG

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

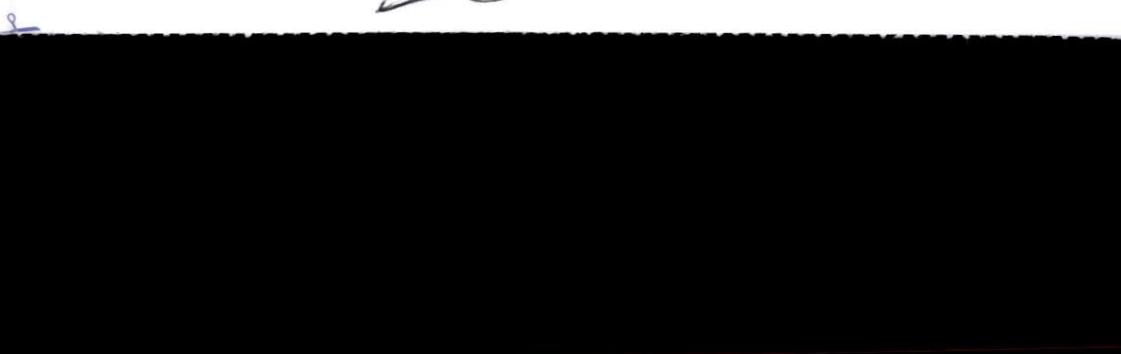
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Persevera

Le : 20/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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 Parfait état des Actes
07/02/24	Cs		- 250 -	<i>Chirurgien Urologue-Andrologue</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL OUZOUI</i>	2024-02-24	- 250 -

### 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	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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectile. Éjaculation précoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائى فى جراحة الكلى و البروستات  
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الصعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول الإلادى

- حالات وجود الدم في البول

- الالم و اورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le : 07/02/2024.

Nom

EL MOUADDEN

NANA

âge: 60  
Muscle

âge: 60  
Kyste

Oedème

Fix : 05 22 53 20 54  
Dernière visite : 24/10/2023  
L'ARMACIE EL OUMOURA  
El Oumoura  
Tunisie

âge: 60

âge: 80  
Fix : 05 22 53 20 54  
Dernière visite : 24/10/2023  
L'ARMACIE EL OUMOURA  
El Oumoura  
Tunisie

الدكتور الزايدى نبيل  
جراح المسالك البولية والتناسلية  
وurologue  
Chirurgien Urologue  
Dr. EZAIDI NABIL  
Urologist

40 شارع عبد الرحيم بوعبید ، المطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون)

تجزئة تيسير 2 - برشيد الهاتف : 05 22 03 05 35

LOT 220195  
EXP 09/2024  
PPV 99.00DH

LOT: M0929  
PER: 01/2026  
PPV: 50,40DH

LOT : 4507  
PER : 05/25  
PPV : 46,60 DH

رخصة ملبيت