

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.

Maladie

Dentaire

Optique

203

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1699 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAMALI MAFIA.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

BERRADA GOUZI Mohamed Hicham
Maladies du Système
Diabète - Cholestérol - Goutte
Nutrition - Obésité
160, Bd Med Bouziane - 10mm, Farhatine 6
Secteur 1 - Casablanca - Tel : 05 22 6 37 38

Cachet du médecin :

08 AVR. 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAMALI MAFIA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

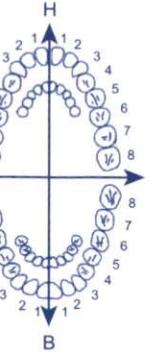
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 AVR. 2024	6		13000	INPE : 091105671 DE GERRADA GOUZI Mohamed Hicham Maladie de Sommeil Cholestérol - Obésité - Hypertension - Insomnie 22/04/2024

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	J V		
08/04/24							

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 (Rows for recording treated teeth)	Nature des Soins (Rows for recording nature of care)	Coefficient (Rows for recording coefficient)	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS (Rows for recording amounts)				
DEBUT D'EXECUTION (Row for recording start of execution)				
FIN D'EXECUTION (Row for recording end of execution)				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> $\begin{array}{r} \text{H} & 25533412 & 21433552 \\ \text{D} & 00000000 & 00000000 \\ & \hline & 00000000 & 00000000 \\ \text{B} & 35533411 & 11433553 \end{array}$ </div>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Row for recording coefficient of work)		
MONTANTS DES SOINS (Rows for recording amounts)				
DATE DU DEVIS (Row for recording date of estimate)				
DATE DE L'EXECUTION (Row for recording date of execution)				

4-

1 lecteur de glycémie

5-

10 flacons de sucre de 250 ml

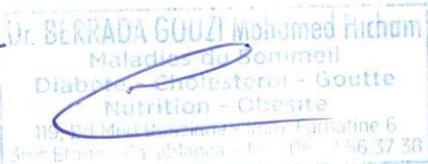
6-

1 boîte de lancette

7-

1 boîte de 5 aiguilles pour les gen

~~KIT SERVICES
Materiel de Consommable
N° 4 Hay - Hammoudi
Tunisie 10242 Giza 061 061 061 061
E-mail: kit.services1@zain.tn~~



LECTEUR

SN

 4279323270048591

SOLUTION DE CONTRÔLE



2025-05-03

LOT WAA23E001

BANDELETTE



2025-02-26

LOT TD23E126-BED

LANCETTE



2027-10-08

LOT 2210002

AUTOPIQUEUR

LOT 2303PD

FACTURE N° 0001095

Casablanca le: 08/04/24

Désignation	Qté	P.U TTC	P.T TTC
- Kit glucim'ice	01	120,-	120,-
- Banderlettes 50u	02	120,-	240,-

LA DIRECTION

Siège Social: PROJET HASSAN II IMMEUBLE 2A MAG N°4 HAY MOHAMEDI- Casablanca
TEL/FAX: 0522-62-84-62
RC : 286657 - PATENTE: 37952348 - IF : 14448315- CNSS: 9688584
AWB. AG AKID AL ALAM , CPTE N°: 007 780 000349500000229 40
E-mail: kitservices1@gmail.com