

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

CA

N° W19-505969

N'D:
14/23

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : NSADER			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HANID
Nom & Prénom : NSADER			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :			Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>30 DEC. 2022</i>	
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) : *RC 14/23*

VOLET ADHÉRENT

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
D				
(Création, Remont, adjonction)				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-099536	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-099536

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

12069

Nom & Prénom **MSADEK HAMID**

Fonction : **chef Dept** Phones **2683**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

MSADEK ZINEB

Adhérent Conjoint Enfant Age **11 ans** Date **21/12/19**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Rh / Bandit

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cy		150.000

PHARMACIE

Date **21/12/19**

Montant de la facture

130,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Date :

71 Dece 2019

ORDONNANCE

الدكتور أكرم التاريس
طبي علم - طب المستعمرات
اللهجة: تونسي
الدرجة: 1
العنوان: 30 المثلث 1
المنطقة: 4
البلد: تونس
العنوان: 125 شارع العصبة
العنوان: 125 شارع العصبة
العنوان: 125 شارع العصبة

Ordonnance

Mme MSADEK ZINEB

151
SAPHIR 500 mg
1 sach x 3/jr pendant 8 jours

26/11
KOPRED 20 mg cp effe
3 cp / jr pendant 4 jours

toudex sirop
1 cam x 2/jr pendant 5 jours

191
FEBREX ENFANT 0.28G/0.1G/0.01G GRANULÉ
EN SACHETS BOÎTE DE 8
1 sach x 2/jr pendant 4 jours

16/11
SOUFRANE 2% SOLUTION POUR PULVERISATION INTRASALE FLACON DE
20 ML 1 APR/29 21/5/2020

PPV: 59DH00
PER: 05-22
LOT: I 1284



PHARMAS
LOT : 3632
UT.AV : 08-22
PPV : 36DH40

PHARMED
LOT : 3092
UT.AV: 05-22
PPV : 19DH00

1630

BIOFAR KIDS

1 cp / jr pendant 10 jours

الدكتور اكرم الفارج
طبي علم - طبي المساعدة
شارع النس، قرية الدراج، المفرق 30
هـ، مولاي عبد الله، عاصفة الثور،
البلد، الاردن