

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

- Reclamation : 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.

N° W19-551137

ND : 33235

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10770

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELHARDOU Allal

Date de naissance : 21 621 36

Adresse : 60, Rue de l'axe
du t'Hôpital

Tél. : 06 05 37 77 77 72 Total des frais engagés : 1000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : ALLAL HASSAN Age : 46

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 17 JUL 2020 Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) : ALLAL HASSAN

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
15/02/2012			150	INP : 14240000001 Hôpital Saint-Louis Signature : M. M...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE NOUVELLE AZT Tunisie - Bld Elapha Ch. 101, BSC 15 El Menzah 9 - Tunis Tunisia - Tel : 05 22 94 53 47	s/ut 2021	215.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				<input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 04/04/2022

ORDONNANCE

EL HADDOU - AL ALAOU

Sc. 30

24 D - cur cur 

38, C. 1, Sev. 4 g

24. Cibus 

Ro. 724 24

24 AERUS

215, 20 24



PHARMACIE
Dr. TAZI Yassine - FRS - Nouvelle FRS
Centre Médical et Dentaire
Casablanca - Tel: 05 22 94 52 41

PPV:

LOT: 56,30 DH
19A07/8
EXP: 01/2021

D-CURE* AMPOULE



6 118001 320080

CO-TRIM® FORT

20 comprimés

PPV 38DH00

EXP 10/2023
LOT 99012-2