

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19-

068017

Optique ND 36529  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

09221

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TALBY RIAS

Date de naissance :

05/03/1956

Adresse :

RES. RAM ROUTE EL JADIDA N° 233  
CASABLANCA

Tél. :

0661202314

Total des frais engagés : 377,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAOUI Salah Eddine  
444, Av Mokhtar Soussi  
(Ex. Av. B) Hay Al Masjid  
Casablanca  
T. +212 31 22 12 56

Date de consultation :

08/08/2020

Nom et prénom du malade :

TALBY RIAS

Age :

12 AOUT 2020

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrite

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 : 08/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RIAS

Dr. CHAOUI Salah Eddine  
444, Av Mokhtar Soussi  
(Ex. Av. B) Hay Al Masjid

## 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
06/08/2023	g		140.00	Dr. CHAUJ Salim Edition Av Mokhtar SOUSSI B) Hay Al Masjid Tunisie 20185

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## Cachet du Pharmacien

## ou du Fournisseur

HARMAGIE GHAI II  
Tél. 05 33 35 86 11

tel. 05 22 25 06 48

03 AGOSTO 2020

22. Angle Rue Abourrouss et Bd des  
Terrains de Sport-Ferme Brefonne - Casa

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

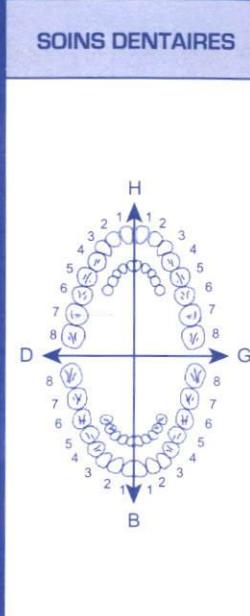
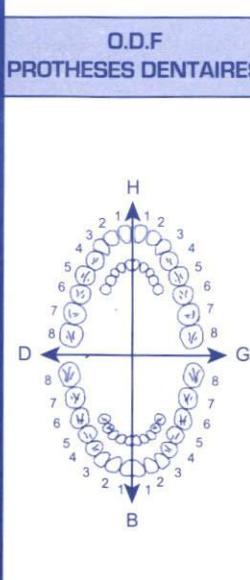
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

06/08/2022

الدار البيضاء، في

TAL By Rian

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

9410

My Joliflex

No 14328

58,00

②

NEW flex Gel

85,50

Skino Sante

Appli x 24 x 15

④

Appli x 24 x 15

237,50

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

09/22

LOT 124

MFD 10/18

ISOPHARM  
NEWflex MARBLE  
85,50 DH

PHARMACIE GHAFIRI

Tél. 05 22 25 06 45

03 AOUT 2029

22, Angle Rue Abourouss et Bd de  
447, شارع المحتشم، مسجد السنّة، فوq صيدلية المسجد - الدار البيضاء

447, Bd. B - Avenue Mokhtar Soussi ( Mosquée Souna ) Au Dessus Phar. Al Masjid

Casablanca - Tél : 0522 28 16 56: الهاتف