

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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.



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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-050670

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																		
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>11 21</td> <td rowspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>23 24 25 26 27 28</td> <td rowspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>22 33</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	11 21	H	25533412	21433552	12 13 14 15 16 17 18	00000000	00000000	D	23 24 25 26 27 28	G	00000000	00000000	22 33	35533411	11433553
D	11 21	H	25533412	21433552																
	12 13 14 15 16 17 18		00000000	00000000																
D	23 24 25 26 27 28	G	00000000	00000000																
	22 33		35533411	11433553																
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0019278		
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <u>SAIDI ROHANE</u>	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom <u>SAIDI ROHANE</u>		Fonction <u>Rétroacte</u> Phones <u>0661214798</u>	
Mail <u>mr.saidi@hotmail.com</u>			Date 1ère visite
MEDECIN	Prénom du patient <u>SAIDI ROHANE</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date <u>15/08/2023</u>	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraire	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraire	
AM	PC	IM	IV

Tél : 0522220261

MR SAIDI MOHAMMED

Ré. 1119
Dossiers
Traitement depuis avril 2020
(confinement)

FACTURE N° : 90943

du 15/08/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	NATISPRAY AEROSOL	69,30	138,60	0%
4	TAREG 80MG 28CPS	131,50	526,00	0%
3	STAGID 695MG 100CPS	107,60	322,80	0%
4	TENORMINE 100MG 28CPS	83,10	332,40	0%
4	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	316,00	0%
4	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	110,80	0%

Total TTC	1 746,60
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	1 746,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE SEPT CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 746,60	0,00	1 746,60
		1 746,60	0,00	1 746,60

LOT 191128
EXP 05 2022
PPV 107.60 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : Uniquement sur ordonnance.

**TAHOR 10 mg
Boite de 28 comprimés**

Lot : 1275987

Date Fab : 05 / 2019 Date Exp : 04 / 2022

PPV 79,00 DH

TITULAIRE : PFIZER TUNISIE
Immeuble Royal Garden, Avenue Emile Cattailler
Les Berges du Lac, Tunis - 1063 - Tunisie



Fabriqué par Pfizer Tunisie - Fondouk Chouicha
2013 Ben Arous - Tunisie

Avec l'autorisation de Pfizer Inc - New York - USA

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 0,5 Route de Oualidia 24000 El Jadida



6118000250340

Laboratoires
Pfizer
S.A.

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذر من المقدار المتصور
لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة

لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة



EXP
LOT

12 2022
BPASS

1752

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذر من المقدار المتصور
لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة

لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة



EXP
LOT

12 2022
BPASS

1752

TAREG® 80 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احذر من المقدار المتصور
لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة

لا تسمح بتناول المخدرات المتصورة



EXP
LOT

12 2022
BPASS

1752

107 19.701
107 19.202
107 19.60

107,60

107 19.701
107 19.202
107 19.60

107,60

كardiyoأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



كardiyoأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كardiyoأسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

