

## 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.

N° W19-504913

42807

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03090

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAMOAH AMED

Date de naissance :

01.01.1952

Adresse :

Tél. : 0675290926

Total des frais engagés :

50672

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HFO

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 : 02/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
02/09/2020	Op + 26	20004		INP : 005111438883 طاعة دكتور عبد الله بن الشريان دكتور ابراهيم بن عبد الله بن الشريان Dr. BEN SHRIAN

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/2023	506,70

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET AR

#### **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
D.O.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
DETERMINATION DU COEIFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	G	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<hr/>																		
B	G																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



## أخصائي أمراض القلب والشرايين

149,20  
PPV 149 DH 70  
PER 05 / 23  
LOT J1655

les Cardiovasculaires  
pression artérielle et  
cardiovasculaires

- Prévention des maladies cardiovasculaires

- الفحوصات الرؤوفية للقلب والشرايين
- علاج الضغط الدموي وأمراض القلب والشرايين
- الوقاية من أمراض القلب والشرايين

El Jadida, le :

## Ordonnance

219/2020

Dr Samirah Ahmed

PPV 149 DH 70  
PER 05 / 23  
LOT J1655  
149,20

149,20 X 2  
149,20 -

+  
28,80  
X 3  
86,40  
149,20 X 2  
28,80

Dipros S.V. Fort  
100 mg  
Hamel Fort  
S.V.

الدكتور بن طلحة عبد الله  
أخصائي أمراض القلب والشرايين  
Dr. BENTALHA Abdelilah  
Spécialiste Des Maladies Cardiovasculaires  
27, Rue de Tunis, El Jadida



PER  
LOT  
Add

27, زنقة تونس - الجديدة  
05 23 39 13 44 - mail : abdelila.bentalha@gmail.com

## Dr Abdelilah BENTALHA

Nom :SAMORAH AHMED	Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--	Prompt:
Sex: Lit No:	Temps d'écha	9s	QT Interval:	395 ms	
Age: Date:02/09/2020 09:23:03	FC:	70bpm	QTc Interval:	426 ms	
SN:0012049Section:	P Interval:	--	P Axis:	--	
Cli No.: CaseNo.:	QRS Interval:	84 ms	QRS Axis:	50.50;ā	
	T Interval:	221 ms	T Axis:	54.50;ā	Docteur:



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV