

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-476605

ND 1754F

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : YOUSSEF Abdellatif

Date de naissance : 09.03.67

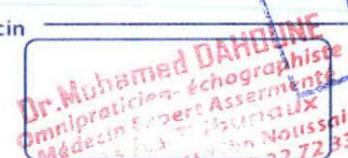
Adresse :

Tél. : 0611899083

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.1.2020

Nom et prénom du malade : Youssef Chaïmee Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Conjointe

Nature de la maladie : Demande de

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

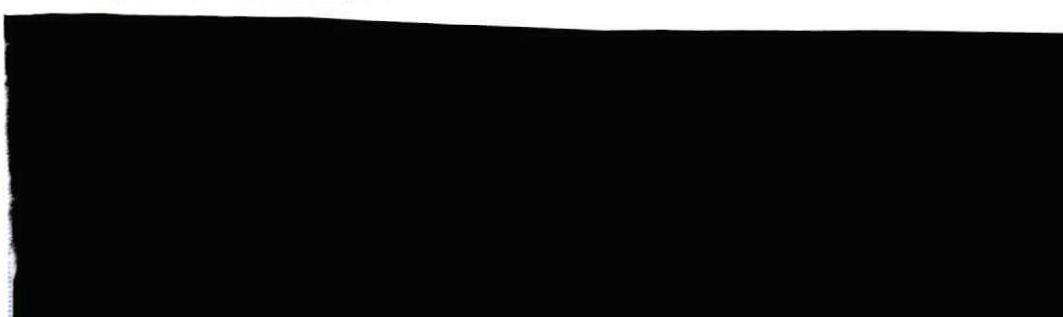
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/1/20	C	120	INP : 0610115181	<i>Dr. Nabil Ben Dahmani Ornithologue Tunisie 100027233</i>
20/9/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 4, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél. 0522337351 INPE: 062047295	21/01/20	61.20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

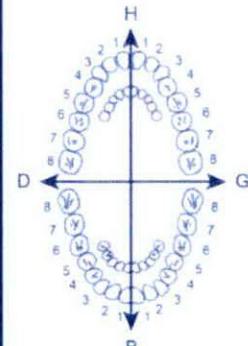
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION
	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE	

Dr. Mohamed DAHOUANE

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Expert

Assermenté près les Tribunaux



الدكتور محمد داهون

الطـب العام

الفحص بالموجات الصوتية

خبير ملحق لدى المحاكم

Berrechid, le: 21.1.2020 برشيد

NB: Yakutiy Chaiwae.

26.50

-
Stomosalic . Pole 2/
-
34.70
-
Scot 20 - 2gr x 4fus.
-

61.20

Dr. Mohamad DAHOUANE
Omnipraticien Echographiste
Médecin Expert Assermenté
Prés de Crédit Agricole
113, Rue Moussa Ibn Noussair
Berrechid - Tel: 0522 32 72 33
INPE: 061011581

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Oulad Hriz
Mohamed V, Berrechid
124, Bd
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

زنقة موسى بن نصیر - برشيد - الهاتف: 05 22 32 72 33

113, Rue Moussa Ibn Noussair (Prés de Crédit Agricole Bd, Med V) - Berrechid - Tél : 05 22 32 72 33