

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

tions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

82594 *Présence*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MAFI KHALID*

Date de naissance : *08.09.57*

Adresse : *28 AL ASSIL MOHAMMEDIA*

Tél. : *06 68 40 71 77*

Total des frais engagés : *46.20* Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.7.2021	46,30
PHARMACIE JACARANDA Bd. Moulay Slimane 1 Bis Rue El Gara - Aïn Sebaâ +212 67 20 00 - Casa		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

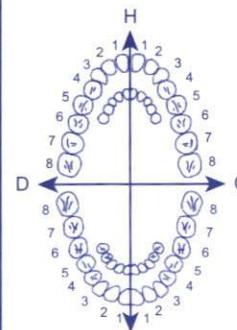
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

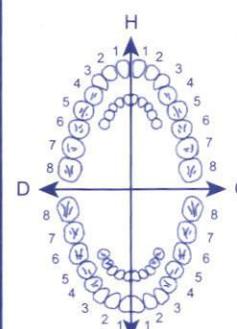
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE JACARANDA
N1BIS RUE ELGARA BD MY SLIMANE AIN SEBAA

DR.AMAL HASSANI

R.C : 422210

Patente:30702604

T.V.A:

C.N.S.S.4744662

Tél : 0522 67 30 06

Le 31/07/2021

FACTURE N°73117

N° ICE : 001575444000034

CHAFI

N° IF : 18745688

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE CO 1G 10U	14,00	14,00	0,92	7,00
1	DOLIPRANE CO 500MG 20U	10,30	10,30	0,67	7,00
1	AUREOMYCINE PO 1% 5G PROMOPHAR	10,00	10,00	0,65	7,00
1	NORMOGASTRYL CO 20U EFF PM	12,00	12,00	0,79	7,00

PHARMACIE JACARANDA
Bd. Moulay Slimane 1 Bis
Rue El Gara - Ain Sebaâ
Tunis - Tunisie - Casa

TOTAL T.T.C :

46,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	46,30	Montant :	3,03	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Six DIRHAMS et 30 centimes.

NORMOGASTRYL

ane® 500 mg
omprimé

PPV 12DH00
EXP 02/2025
LOT 110312

TATION :

500 mg

PPV:14DH00

PER:03/23

PPV:10DH30

PER:02/24

LOT:K330

douleur.

re en cas de fièvre.

ou fièvre, telles que maux de
atures, règles douloureuses,
nviron 8 ans).

CO
- F
- E
Boî
PRE
Ce
Il es

INDIC
Ce mu
Il est i
tête, é
chez l

CONTR
Ne pas
- d'alle
- mala

PREC
- Il exis
de 8 ans
- Compte
d'aspirine e

LOT:20052
PER:11/23
PPV:10DH00

pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins
d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre
médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles
s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou
de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

**AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS
MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent.
Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.