

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## macie :

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0034360

100392

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M09

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAMAÏ

Sains

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : Bensouda

Tél. 664559080

Total des frais engagés : 601,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. TOUNSI Karim  
Chirurgien - Urologue  
183, bd M'da' N°3 Berrechid  
Tel. : 05 65 34 47 42

Date de consultation : 11/01/2019

Nom et prénom du malade : ATOUAOU Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie Urologique

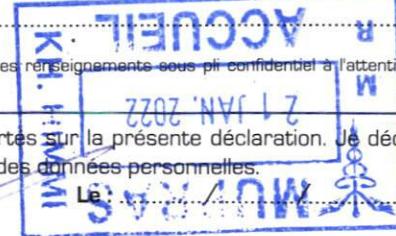
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

## 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
13/12/21	CS		150 dh	<i>Dr. TOUNSI Karim Chirurgien Dentiste 13/12/21</i>
20/21				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE DR. GHAZI Iman Boulevard 05 22 53 42 23</i>	13/12/21	351,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

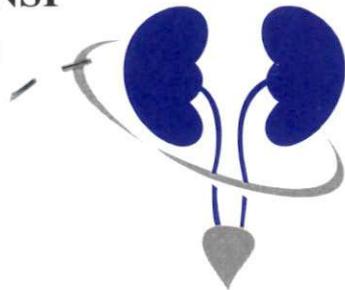
Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circoncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناسلية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

Berrechid, le :

13/12/2011

برشيد في

نسمة أجouadou Fatiwa

97,90x 2

\* Ofukem 200mg  
84,00 140x2ij

S.V.

Dol 08ju

46,00 Dolcox 100mg  
\* 140ij

Dol 07ju S.V.

S.V.

22,20 Ewgol 200mg  
\* 140ij

Dol 07ju  
S.V.

\* Codolipalone  
140x31j

351,40



183، شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - الهاتف : 05 22 51 73 83 - برشيد

183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tél.: 05 22 51 73 83 - Berrechid

E-mail : drkarimtounsi@gmail.com

PPV : 87DH40  
PER : 08/24  
LOT : K2088-3



6 118000 041962

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codéine 20 mg  
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217

Euzol® 20mg

7 Gélules

€ 46,00

LOT 211260

EXP 05 23

PPV 97.90 DH

0 118000 041962

LOT 211260

EXP 05 23

PPV 97.90 DH

6 118000 022336