

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.

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 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.

102742

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01293

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARAS John

Date de naissance : 01-01-1966

Adresse : Dar Lamane Bl. 308 N° 7

Tél. 06 41 53 75 97

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur Jamil El Rayanou
Dr. Assermenté Dr. Lamane M. Bloc 2 Appt. 4
Dar Lamane 16-18 16-30 - Tel: 05 22 62 70 69
doc.jamil@hotmail.fr

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/22

Nom et prénom du malade : Faras Ned

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ENT

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 Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/22		10	150	Payé au Dr. J. B. A. le 20/01/22 Signature : Dr. J. B. A.
01/02/22	consultation	10	150	Payé au Dr. J. B. A. le 01/02/22 Signature : Dr. J. B. A.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA DU PARADIS Dr. BOUSTANE Zakia loc L - N° 8 001 Lemarie by Mohammad Al CASA Tunis 1002 69180 741012011	20/01/22 05/02/22	265,00 192,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECU

ORDONNANCE

Docteur Jamil El Kayaoui

Dr. Assermenté

Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4

doc.jamil@hotmail.fr

CSM: 06 61 16 18 30 - Tel.: 05 22 62 70 69

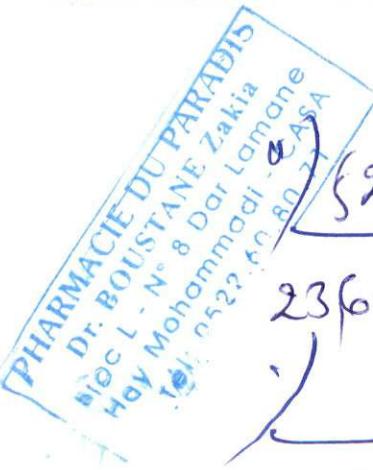
, le 20/01/72

Nom / Prénom :

Famay

07/01

100



5280

~~Sachet d'aspirine 100
Doctor Jamil El Kayaoui
Dr. Assermenté
Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
CSM: 06 61 16 18 30 - Tel.: 05 22 62 70 69~~

236 = Doctor Jamil El Kayaoui

5280 = Dr. Assermenté

Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4

doc.jamil@hotmail.fr

CSM: 06 61 16 18 30 - Tel.: 05 22 62 70 69



Telephone

A.S.

cas x3

1 cas x3

S.V

129,00

Shay Qu

111

265,00

tax/)

GRANDEUR PARADIS
SUSTANE Zakia
Dar Lamone
ASA

12,80

Docteur Jamil El Kayaoui
Dr. جمال الدين كياعوي
Dr. Assermenté مسجل
Dar Lamone دار لامون
doc.jamil@hotmail.fr
06 16 16 30 - Tél.: 05 22 62 70 69
CSM

40,00

بيبروكتس 500 ملخ

وفلوكساسين

LOT: M0646
PER: 11/2023
PPU: 52,80DH

اد حبوي واسع الطيف
طريق الفم

براص ملمسة

Ubiprox 500mg
10 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410188

PARANTAL C1000

PPV 19DH60
EXP 09/2024
LOT 10046 5

ORDONNANCE

Docteur Jamil El Hayoussi
دكتور جمال الحيوسي
Dr. Assermenté
Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM. 06 61 16 16 30 - Tel.: 05 22 62 70 69

, le 01/02/22

Nom / Prénom :

FARAJ Mees

19 g

EUCALYPTINE

cas x3



L1
P.E.R.
12/2023

EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML

P.P.V : 19DHZD



6 118000 010678

Docteur Jamil El Hayoussi
دكتور جمال الحيوسي
Dr. Assermenté
Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM. 06 61 16 16 30 - Tel.: 05 22 62 70 69