

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-692860

108310

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5997

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RIHANI MOHAMED

Date de naissance :

27-01-1963

Adresse :

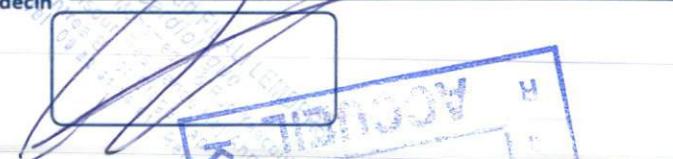
DAR ESSALAM SAADA IMN3 APP2
MANAKACHECH

Tél. : 0707738301

Total des frais engagés : 1238,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

RIHANI MOHAMMED Age: 59

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 : Ben Yakk

Le : 05/10/2022

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
03/03/22	CD + ECG		288,00	INP : 0612138086 Dr. KADIRI LALLA Boulevard Mohamed V BP 25336 05/06/06 6250 Tunisie - Pharmacie - 2000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KADIRI LALLA Dr. KADIRI LALLA Boulevard Mohamed V BP 25336 05/06/06 6250 Tunisie - Pharmacie - 2000	03.03.22	988,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

DOENT

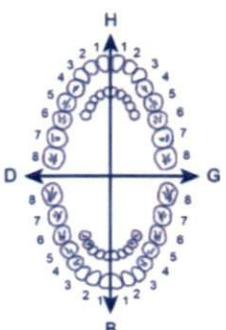
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

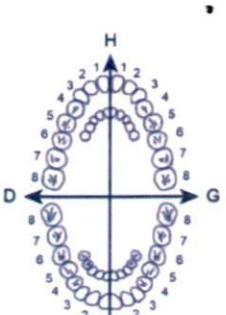
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(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

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

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20220303-151

Date de vente : 03/03/2022

Médecin traitant :

RIHANI MOHAMMED

Maroc

Produit

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TRIPLIXAM CO 10MG/2.5MG/5MG B30 COMP PELLI	6	164,70	Exonéré (0.00%)	988,20



Total HT	988,20 DHS
TVA	0 DHS
Total	988,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-huit DHS et vingt centimes

PHARMACIE 2000
Dr. KADIRI LALLA ZINEB
22, Bd. Mohammed V, Berrechid
Tél : 05 22 53 36 05 - 06 01 65 62 50
Internaute : www.pharmacie-2000.com

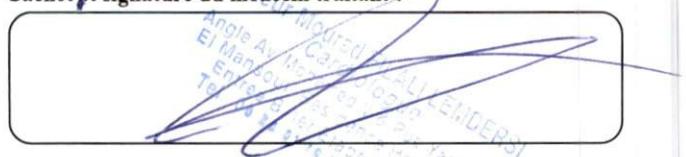
IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032

Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI WAFA BANK 00778000036420000011923

Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	<i>Rihani MOHAMMED.</i>	
Matricule :	5997	N° CIN : W 60655
Adresse :	<i>DAK ESCALAM STADA. IMM 3 APP 2 MARNAICETT</i>	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Docteur Moured FILALI LEMDERSI Cardiologue Angle Av. Mohammed V à 3ème étage El Mansour Residences Rajah Yacoub Entrée B 1er étage Appartement 41 Tel 0522 517858 et 0522 517859	
N° ICE :	Spécialité : CARDIOLOGUE N° INPE : 061235026	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>Rihani MOHAMMED</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<i>Prise ST en cours cardiaque + cœrotonax</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitemen prescrit :	<i>Thioglycoside 10/30/5</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	<i>Prive bid le 08/03/02</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :		
		

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées