

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

186190
 Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 7467 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KOTNI NAIMA

Date de naissance : 01/01/57

Adresse : Lot Sybia ARD SGHIR N°1 Nohmoudia

Tél. : 06 61 63 88 91 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. TAYEB Abdellah
Omnipraticien
Médecine de Sport
Gériatrie

Date de consultation : 29/06/2022

Nom et prénom du malade : EL KOTNI NAIMA 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 : 16 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) : EL KOTNI

RELEVÉ 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
29/06/2011	C		15000	INP : [REDACTED] Dr. [REDACTED] [Signature] Cabinet de [REDACTED] 109083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al Aksa <i>Le Marabout Hamdoun</i> <i>St-Louis-de-Kinshasa, Kinshasa, Congo</i> <i>Tel : 05 23 28 10 80</i> INPE809202916	29/06/2022	511,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



T=511,10

Ordonnance

Mohammedia, le :

89/06/2087

المحمدية، في :

M. ECKOTNI NAEHA

1) ACTH Sport

89,00 1) celecoxib 200 mg

1) celecoxib 200 mg

19 gel x 25 jours

53,10 3) Relaxal 19 x 215

3) Relaxal 19 x 215

119,00 4) magnis 200

4) magnis 200

19/15

110,00 5) IRVEL 1.0

5) IRVEL 1.0

05.21.01.44.22

tayebcabinet@gmail.com

dr_tayeb

Dr. TAYEB Abdellah
Omnipraticien
Médecine de Sport
Gériatrie 91090833

شارع فلسطين رقم 35 تجزئة ابن حمدون العالمية المحمدية الطابق الأول

Bd Palaistine N°35 lot Ibn Hamdoun El Alia Mohammedia 1er Etage

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
LOT : 22024
P.P.V : V.A.10

9 1180000060033



120,00

120,00