

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 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11409* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Tahia Hicham*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0664304417* Total des frais engagés : *200 + 287* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *13/09/2012*

Nom et prénom du malade : *A+ Tahia Hicham* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Angine*

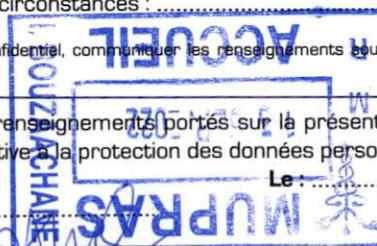
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
17/01/2021	Ca		250 24	<i>Dr. LOUDNA K. Médecine Générale Tunisie, Angle de Abdallah Anouar, El Djem Tunis 03-22501493 kabbal@hotmail.fr</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ABDELMOUHOU Pharmacie Nourredine Dr. Abdelmouhoub 05 22 86 05 70	13/09/22	2821.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

Casablanca, le: 13/09/2022

الدكتورة لبنى قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة

التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا

دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونتوبولي

دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

MR TALIQ HICHAM

102,30
x 2

18,00

59,50

- Tavilox 500 mg - Comprimé
1 Comprimé, midi pendant 10 jours
- Doliprane vitamine c 500 mg - comprimé effervescant
1 Comprimé, matin, soir pendant 6 Jours
- Amiprim 50mg - Comprimé
1 Comprimé, soir pendant 1 Mois

102,30 / /

102,30 / /

18,00

59,50 / /

PHARMACIE MERIEUX
Noureddine IBA
Docteur en Pharmacie
311, Bd. Abdelmoumen Casa
Tél.: 05 22 86 05 70

Dr LOUBNA KABBAJ
Médecine Générale
et Bd Anoual, 1016 Bd Abdesslam
Tél.: 05 22 86 14 93
E-mail: l.kabbaj@hotmail.fr