

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

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

M22- 0017357

MUPRAS
RECEPTION 9

A 34630

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5694

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AL HAROU KADOUR

Date de naissance : DOUAIR ou le 12 MAI 1964

Adresse :

Tél. : 06 11 38 24 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : Leila boudelli Rehma Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 20/10/2022

Le : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
20/10/22	C		150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Le Cabinet PRINCIPALE 14 Avril 2022 05 22 13 33 049176 RE	20/04/2022	186,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
					Coefficient des travaux																		
					Montants des soins																		
					Début d'exécution																		
					Fin d'exécution																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																					
D	00000000	00000000																					
<hr/>																							
D	00000000	00000000																					
<hr/>																							
B	35533411	11433553																					
					Montants des soins																		
					Date du devis																		
					Date de l'exécution																		
[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																							

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Tunis - Tunisia - Tel: 22 53 20 70

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Jia-Je

20/10/22

الدروة، في

LUTTERFORD
1748025 DH

~~\$3.00~~

M⁺ Laabideli Rahma

Mr. 80
1 -

LOT : 9647
PER : 06-24
P.V : 58 DH 30

58,30

2

{3.~3}

Nitroal 5

18610