

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12079 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : FJER ADNANE MOHAMMED			
Nom & Prénom : FJER ADNANE MOHAMMED			
Date de naissance : 07-09-1979			
Adresse :			
Tél. : 0661140208 Total des frais engagés : 856,40 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/07/2017
Nom et prénom du malade :	Fjel Mohammed steli
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Vaccinosis
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 : CASA Le :
 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
12/07/2022	50	2500	INP : 081773103	00177-103 IMPE-081773103 00177-103 IMPE-081773103

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Immatriculation : CASA SA RUE MOURAD Tunisie : 10185000000043122 Date : 18/07/2022	18/07/2022	606.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VIOLET ADHESIVE

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.														
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<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>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
		B	35533411	11433553										
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Salma BENKIRANE

**Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd**

دكتورة سلمى بنكيران

**اختصاصية في أمراض الطفل والرضع
والحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوبياتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : ١٨ / ٠٧ / ٢٠٢٢ الدار البيضاء في :

Fjer Mohamed grati

786.90 در. Harnix

1S

364.00 در. Varivax 1S

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH
ID: 647554
6 11807 440619

VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فاريفاكس هو علاج يحتوي على فيروس زد المختل (VZV) من سلالة لوكا / ميرك.

يُؤخذ بحقن وتحتها 0,5 مل من مسحوق اللقاح وفوريًا تدخل جرعة واحدة (0,7 مل من مسحوق اللقاح) في 0,7 مل من ماء الرياح.

78.50 در. Thuya SCH.

1S SP

78.60 در. Africa SCH

1S 1S SP

78.50 در. Alumina SCH : Logus Je.

1S SP

72.80 در. Dofex

S 100g 300g

1S

606.40 در. NORD S.A.R.L. S.A.L. S.A.M. 100g & 400g
S 100g 7380



372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, A
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail:

Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

salma.benkirane@gmail.com

6/ Topialyse Baume SUR.

1 application ()

7/ Bact spray

1 pulv a & 1 j poitr.

