

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

- 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9042

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme LABIED

Date de naissance : 15 Jan 1963

Adresse : Habitation

Tél. : 0676460761

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



28 NOV. 2022

H. HAKMI
F. HASSUEIL

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

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

PHARMACIE DAR BOUZZA			EXECUTION DES ORDONNANCES
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE DAR BOUZZA El HZOUH Amine ar BOUZZA 1000 Jerrar B Tunisie 13017 - Sfax</i>	<i>11/11/22</i>	<i>41.82</i>	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	G	D	B
	H	G				
D	B					
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						
<p>MONTANTS DES SOINS</p>						
<p>DATE DU DEVIS</p>						
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

** PHARMACIE DAR BOUAZZA **
DR AMINA ZAHZOUHI
BP 93, DAR BOUAZZA, CASABLANCA

Tél :

01/11/2022

MME LABIED LATIFA

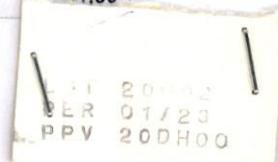
FACTURE N° : 1120

du 01/11/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CLENIDERM CREME 30G	20,00	20,00	7%
1	POLYDEXA GTTES AURICULAIRES	21,80	21,80	7%

Total TTC

41,80



Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	39,07	2,73	41,80
		39,07	2,73	41,80



CNSS :
Compte :

I.C.E : 001701059000034
Patente : 32964503

INPE:092020403
R.C : 236480

I.F : 50801720
RIB :

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler



21,80

