

# 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- 0021970

Optique *140689*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5849*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*ABOUFAID MOSTAFA*

Date de naissance :

*14/07/1965*

Adresse :

*LOT EL WAHDA 2 N°306 DEROUA*

Tél. : *0667312701*

Total des frais engagés : *160+260,10* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *29/11/2021*

Nom et prénom du malade : *Aboufaid Malika* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Arthralgies - Polyurie*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

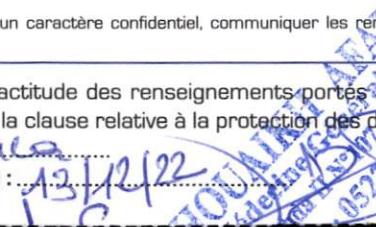
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *Casablanca*

Le *22/12/22*

Signature de l'adhérent(e) : *ABOUFAID*



### 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
29/11/2022	c		150 dh	CE QUAIKIN Médecine Générale Lot. El wahbi 1107 10 Tunisie. Tel : 332 33 10

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACEUTIQUE Tunisie Tel : 05 22 57 00 00	29/11/2022	260,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

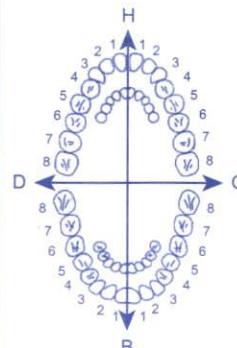
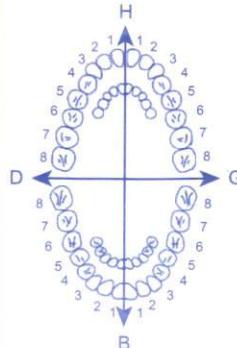
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	
	21433552 00000000 11433553			
	00000000 00000000			
	00000000 00000000			
	00000000 00000000			
	00000000 00000000			
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
 Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

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

Deroua, le

29/1/22

الدروة، في

Aboufaid

BatiKa

51.00  
2: 50x6  
1 -

Collage

CHOUAIKH AFAF  
Médecine Générale  
Lot. El Wahda II N° 107 1er étage  
Deroua, Tel. 05 22 53 20 70

144.50  
2 -

Eugol 20. (Gr)  
1 gel 6 soin

49.60  
3 -

D. cere Forte  
1 dose / mois

260,10

x 3 mois



LOT 086221

UT AV 06 2025

PPV 51.00 DH

Coltrax® 2 ml

6 ampoules



6 118000 120339



6 118001 320103

EXP: 08/2025  
LOT: 22H22  
PPV: 49,60 DH

144,60

Euzol® 20mg  
28 Gélules



6 118000 095347