

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE FAIRE DES DEMANDES**  
**ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PROBLÈMES**

**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**

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : 01082 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUQUA JOHANN  
 Date de naissance : 01/01/1948  
 Adresse : 149, lot 01000 Berrechid 26100  
 Tél. 0664172469 Total des frais engagés : 513,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 19/01/2023  
 Nom et prénom du malade : CHOUQUA JOHANN Age : 74 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie Métabolique  
 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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) : CHOUQUA JOHANN

Le : 19/01/2023



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement des Actes
19.01.2023	CP		250 Dh	UNSI Kairouan

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 99, Lot Al.Faraj-Berrechid 1000 Casablanca 91 82 14	19.01.2023	263,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

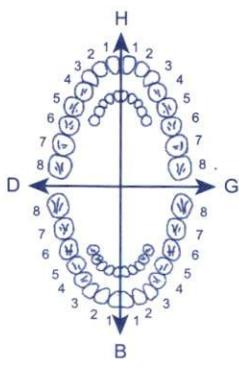
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit 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.

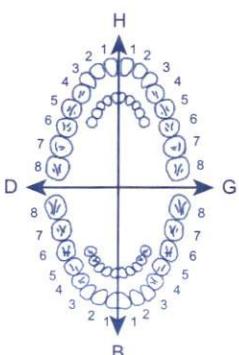
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**(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**

# Karim TOUNSI

## Chirurgien Urologue

## Pathologie Lithiasique

## Endoscopie

Reins - Vessie - Prostate

## et voies Génitales

## Infertilité Masculine

## Santé Sexuelle

## Circoncision



## الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلي والمسالك البولية

## أمراض الحصبة

الراحة بالمنظار

## الكل المثابة البولية

## الروستاتة - المسالك التناسلية

## العقبة عند الحال

## الصحة الجنسية

الخاتمة

1000

Berrechid, le : 10/10/23 : برشید في :



109,70 x Countifbonyu  
up/; Debut Onew  
183,130 x Phoenix Debut Onew  
up/;

263,00

153.30

Dr. TOUNS Karin  
Chirurgie  
183, 100 Montevideo  
Tel: 70663442

183، شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - الهاتف : 05 22 51 73 83  
183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tél.: 05 22 51 73 83 - Berrechid  
E-mail : drkarimtounsi@gmail.com