

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

- Réclamation : 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.

Matricule : 6497 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KARSOUS Said

Date de naissance : 03/02/1961

Adresse : Tunisie N° 29 Rue L. Ben Achid

Tél. : 06 68 02 13 09 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE

Tél. : 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 Mars 2023

Nom et prénom du malade : KARSOUS Said Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cyphe st. f. d'all. gue

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 : Benachid Le : 01/03/2023

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
01 MARS 2023	c		600 00	1. Professeur ORTHOPÉDIQUE TRAUMATO-SURGICAL PEDIATRIQUE 0522 25 95 98 Tel: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98 Fax: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98 1000003 - INPE 04/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

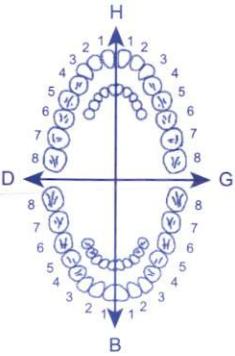
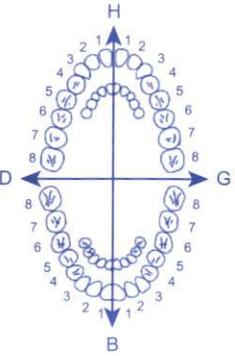
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
																		
																		
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">B</td> </tr> </table>	H	25533412 21433552		00000000 00000000	D	00000000 00000000		35533411 11433553	B	B	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">[Création, remont, adjonction]</td> <td style="text-align: center; width: 30px;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>			[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
H	25533412 21433552																	
	00000000 00000000																	
D	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
B	B																	
[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 01 MARS 2023

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : KARSOUS Yahya

Acte du Médecin : Consultation.

Honoraire : 400.00 DH (quatre cent dirhams).

Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS
Chirurgie et
Orthopédie Pédiatriques
307, Boulevard Abderrahim Bouabid - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 29 - Fax: 05 22 94 20 30
E-mail: a.refass@gmail.com

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca
Tél. : 0522.942.000 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

Clinique Afaf : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - 0661.400.011 - Fax : 0522.235.028