

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.

M22- 0020722

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **000.83.0** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Narouki Jemaa** **ASS291**

Date de naissance : **01/11/1982**

Adresse : **Hay Abboudi Brikha Rue Neknes N.166 Tensmoune**

Tél. : **06.04.36.82.70** Total des frais engagés : **3.14.60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

23 Jan 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **MARZOUKI JAMAA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

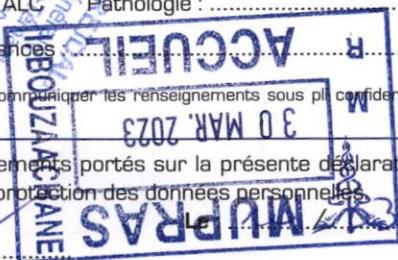
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Tensmoune** **30 MAR. 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
23 Janv 2023			1000	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE ABI HOURAITA الدكتور عبي زجدة شارع الناصرة - نجران الهاتف: 537 64 14 58 : INPE : 102 062 601</p>	23/11/83	194,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNALES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Brahim REJDALI



الدكتور رجالي ابراهيم

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي

من جامعة مونبولي - فرنسا

دبلوم جامعي في الطب النسائي

(الخصوبة - العقم - تقطير عنق الرحم)

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في الحمية وعلوم التغذية

Médecine Générale

Diplôme Universitaire d'Échographie Générale
de l'Université de Montpellier - France

Diplôme Universitaire en Gynécologie Médicale
(Stérilité - Fertilité - Colposcopie)

Diplôme Universitaire en Diabète, Nutrition
et Sciences des Aliments

Témara, le :

Nom et Prénom :

23 Janv 2023

تمارة في

MARZOUKI

TAMARA

67,00

ultrasons 2D

2 sacs x 37,6

2 emm x 8

1 es x 16

1 strob 18

1 es x 16

46,00

strob 18

1 es x 16

52,82

194,60

N.B : Contrôle, le soir, en moins de 15 jours

زاوية شارع القاهرة (شارع احمد الحنصالي، حي واد الذهب) - تمارة

172, Angle Av. El Kahira et Ahmed El Hanssali, Hay Ouad eddahab - Témara

Tél. : 05 37 61 39 79 - E-mail : brahimrei@yahoo.fr

