

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.

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 10350 | Société : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL HANI ARDEL FATH | | | |
| Date de naissance : 07-06-1967 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 066AAA 63 MA Total des frais engagés : DHS | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> 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 :

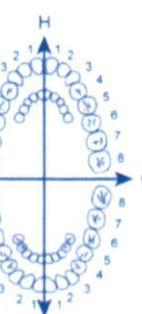
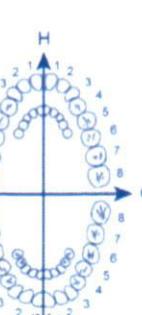
Le :

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE D'IDRISSA May ALOM ref N° 161 Ain Chok Tunisie 1052 2032 33 | 161.51.23 | 45.20 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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 | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |

PHARMACIE DAR AL IDAA

RUE 50 HAY AL OUSRA 2 AIN CHAOUDH



PPV(DH) : LOT N° :
28,40 DH 220022

UT.AV. :
09/2025

R.C
T.V.A :

Patente
C.N.S.S:915

PPV EXP 17DH00
LOT 11/2025
28029 2

Tél : 0522503233

Le 16/05/2023

FACTURE N°509379

N° ICE : 000439880000017

N° IF : 40494704

Elhassan HASSNA

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | MONTANT TTC | Dont TVA | % Taux |
|---|---------------------|--------------|-------------|----------|--------------|
| 1 | SORBHEPATIC B/10 CP | 17,00 | 17,00 | 1,11 | 7,00 |
| 1 | MICRODIOL | 28,40 | 28,40 | 1,86 | 7,00 |
| | | | | | |
| A.D.I. 1521 - A. D. I. 1521 PHARMACIE DAR AL IDAA DR. IDRISI Zineb Hay Al Ousra 2 Aïn Chaoûd Tel: 0522 50 32 33 | | | | | |
| TOTAL T.T.C : | | | | | 45,40 |

| | | | | | | | |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|--|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 45,40 | Montant : | 2,97 | TVA 20% Base : | | Montant |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|--|---------|

| |
|---|
| Arrêté la présente facture à la somme de : Quarante Cinq Dirhams et 40 centimes. |
|---|