

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
RECEPTION 9

168186

Déclaration de Maladie : N° P19-0010011

☒ Maladie 1278 ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retra
 Nom & Prénom ENNASSIME ABDELLATIF Date de naissance : 03/10/49
 Adresse : HAY ELAFA Derboua 712
 Tél. 0693499861 Total des frais engagés : 1079DH + 250DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2023
 Nom et prénom du malade : ENNASSIM ABDELLATIF Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HBP

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 : DERBOUA Le : 01/07/23
 Signature de l'adhérent(e) : Rouf

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

06/07/28	C _s	-250-
110		

Dr. محمد عبد الرحيم يوسف
Chirurgie des Logues Andrologie
أحمد عبد الرحيم يوسف - استشاري الأول بحرية فيسيدي
(أخصاب إنجابية) - بارتيد

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/23	1075,10 €

06/07/23 10:30, 10:40



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

[illegible]

10

10

100

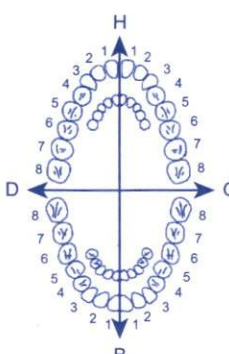
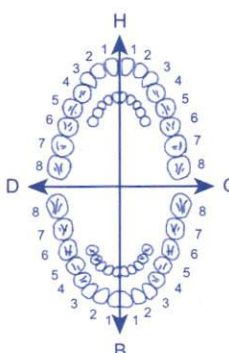
1

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

10/10

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline. A vertical line labeled 'D' passes through the center of the arch, representing the midline. The arch is symmetrical, with the central incisors at the top and the molars at the sides.

[illegible]

Page 10 of 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

07/08/2023

NORMA
LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00

Gélule n°1 : 70 mg.

C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.



Customer Service
contact@vital.com.tn

NORMA
LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00

Gélule n°1 : 70 mg.

C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.



Customer Service
contact@vital.com.tn

NORMA P
LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00 Dhs

C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.



Customer Service
contact@vital.com.tn

C'est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Gélule n°1 : 70 mg.

CONTIFLO[®] OD

PPV: 1090H70

30 gélules
à libération prolongée



CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée

Vie orale

prolongée

6 118001 300556

مستحضرات صيدلانية



CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée

Vie orale

prolongée

6 118001 300556

PPV: 1090H70

à libération prolongée
Vie orale
0.4 mg

NTS



CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération prolongée

Vie orale

prolongée

6 118001 300556

CONTIFLO[®] OD

PPV: 1090H70

à libération prolongée
30 gélules