

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

- 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

Matricule : 4720

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zineddine Saâdou

Date de naissance : 13.10.1967

Adresse : 10, rue el farali hay Yasmine
Bécharia

Tél. : 06 63 18 0 297
06 67 01 82 15

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M- Zineddine Saâdou Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cervicite

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 :

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
07/06/23	CS	3000H		

Docteur Mouna TAHIRI
Gynécologue Obstétricienne
N°: 05 22 32 56 06 - 06 51 33 32 12
Maison B.I.W. Mady le B3 Aya 2
BP: 1000 Mansour B.I.W. Mady le B3 Aya 2
Tunisie 1000

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

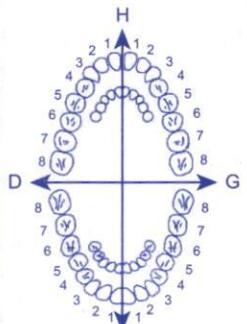
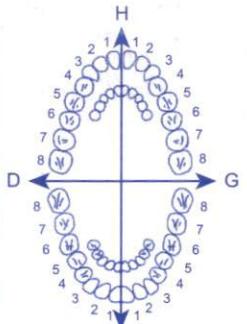
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				<input type="text"/>									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux									
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Montants des Soins									
				<input type="text"/>									
				Date du devis									
				Date de l'Execution									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

Docteur Mouna TAHIRI

Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Chirurgie Coelioscopique
de l'Université Clermont Ferrand
Master en Echographie Foetale
Diplômée de l'Université Paris 5 Necker

Accouchement - Chirurgie Gynécologique
et Mammaire - Stérilité du Couple
Hystéroskopie - Colposcopie

Berrechid le

Nom et Prénom :



الدكتورة منى طاهري

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط
خريجة جامعة كليرمون فيرلاند
في الجراحة بالمنظار
ماستر في الموجات فوق الصوتية الجنينية
خريجة جامعة باريس 5 نيكار

الحمل-التوليد-جراحة أمراض النساء - أمراض الثدي
الجراحة بالمنظار الداخلي- الكشف بالصدى الصوتي
التنظير الباطني لعنق الرحم - وجوف الرحم - عقم الزوجين

07/06/23

7- Zineddine Saad

ostéocarre
رجلي - زيد مل

2) W coel
55 x 21; At 8j

Docteur Mouna TAHIRI
Gynécologue Obstétricienne
Résidence Haj Ahmed Berrechid . Entrée B Angle Rue
Yaacoub El Mansour Et Av. Mohammed V
Tél. : 05 22 32 56 06 - 06 61 33 32 12



061176772

إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B زاوية يعقوب المنصور وشارع محمد الخامس الطابق 1 الرقم 2 (قرب مختبر التحاليل ابن سينا)-برشيد

Résidence Haj Ahmed Berrechid . Entrée B Angle Rue Yaacoub El Mansour Et Av. Mohammed V

1er Etage Appt n°2-(A côté du Laboratoire d'Analyses Ibn-Sina)-Berrechid

الهاتف : Tél. : 05 22 32 56 06 - 06 61 33 32 12 E-mail : m.mounatahiri@gmail.com البريد الإلكتروني :

I.F : 18814962 - Patente : 40700315 - ICE : 001764197000034