

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-773989

168477

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07739	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Fatil Mohamed
Nom & Prénom : Fatil Mohamed			
Date de naissance : 19-10-1956			
Adresse : Habiboule			
Tél. : 0604331303	Total des frais engagés : 89,50 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <input type="checkbox"/> Date de consultation : <input type="checkbox"/> Nom et prénom du malade : <input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <input type="checkbox"/> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>	
<input type="checkbox"/> Maladie longue durée <input type="checkbox"/> Longue durée <input type="checkbox"/> Accident		
<small>17 JUIL 2023</small>		
<small>Age : 61</small>		
<small>Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/></small>		

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 : 03/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : B.D.

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 de la Pharmacie	Date	Montant de la Facture
 L'El Harrak Pharmacie Tunisie	03/07/23	89,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		MONTANTS DES SOINS													
		DEBUT D'EXECUTION													
		FIN D'EXECUTION													
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" 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 colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553
		H	25533412	21433552											
		D	00000000	00000000											
		B		35533411											
		G	00000000	11433553											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

PHARMACIE NASSIM EL BAHR
MR BADR EL HARTI
6 LOT NASSIM EL BAHR SIDI RAHAL
CHATII

Tél : 0522969008

14/07/2023

fadil mohamed

Mle 07739

✓

FACTURE N° : 61004 du 14/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	XALACOM COLLYRE	89,50	89,50	7%

XALACOM COLLYRE 2,5ML
P.P.V: 89DH50
6 118001 170340
Laboratoires S.A.

Total TTC 89,50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUATRE-VINGT NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	83,64	5,86	89,50
		83,64	5,86	89,50

