

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-460040

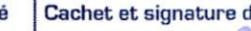
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 214935 Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : TAHA NADIA	
Nom & Prénom : 1955			
Date de naissance : Rue 22 N° 30 1er étage dans un local à louer			
Adresse : 06 51 21 29 22			
Tél. : Total des jours engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Tounsi Hamed Spécialiste en endocrinologie et maladies métaboliques 51 Résidence Ouds California Imm. 1er Etage App 13 Casablanca 20585966 - Gsm : 06 65 38 51 53			
Date de consultation : 01/07/2013			
Nom et prénom du malade : TAHA NADIA			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection de l'œil et de l'oreille			
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) :
R. ACQUEL / J. Jaffar



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04/07/2023		6	300,00	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ACIFERMORAL</i> 169, Boulevard - Casablanca Tunisie	21.2.23	185,92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

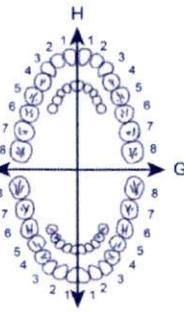
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []								
				MONTANTS DES SOINS []								
				DEBUT D'EXECUTION []								
				FIN D'EXECUTION []								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>			H		D	G	[]		[]		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H												
D	G											
[]												
[]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>			H		D	G	[]		[]		MONTANTS DES SOINS []
H												
D	G											
[]												
[]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>			H		D	G	[]		[]		DATE DU DEVIS []
H												
D	G											
[]												
[]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>			H		D	G	[]		[]		DATE DE L'EXECUTION []
H												
D	G											
[]												
[]												

Drl Tounsi Hafssa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et maladies métaboliques

Diplômée de la faculté de médecine
de casablanca

Diabète - Cholestérol - Obésité

Thyroïde - surrénales - hypophyse - Nutrition

الدكتورة التونسية حفصة

طبيبة إختصاصية في أمراض
الغدد والسكري وآليض

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

السكري - الكوليسترول - السمنة - الغدة الدرقية
النخامية والكبدية - الحمية الغذائية

Ordonnance

Casablanca, le

04/07/2023

77,60 x 2 Taha Maria

Red Lip do 

180

195,20 lit Leurs

PHARMACIE ANQUA

Angle Boulevard d'Anoual
et Allée du lion - Casablanca

Tél.: 05 22 86 11 20

حي عمارية 511 إقامة القدس كالifornie، عمارة 8، شقة 13، الطابق الأول، شارع القدس
Quartier Omania, 511 Résidence Qods Californie Imm, GH8 App 13, 1er Etage Bd EL Qods

Tél. : 05 20 58 59 66 - Gsm : 06 65 38 51 53

97/60

97/60

Redlip[®] 20 mg
Simvastatine

30 comprimés pelliculés

Redlip[®] 20 mg
Simvastatine

30 comprimés pelliculés