

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

- 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.

N° W21-789418

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	5543	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule :	05543	Société : RAM 110799		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF				
Date de naissance : 25-04-1963				
Adresse :				
Tél. :	0677857461	Total des frais engagés : 595,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin				
Dr. ZAIDATE Sla Bjaoui Dr. Pneumologue-Physiologue-Allergologue Angle Bd Mohamed V Rue Omar Ibn El Khattab - Etage 6 N° 6 Darrechid Tel:0522035506 N° Licence:06490060584				
Cachet du médecin :				
Date de consultation : 27 JUIN 2023				
Nom et prénom du malade : Rokhsa Youssef Age: 60 ans				
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant				
Nature de la maladie : RFO				
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 : Benrechid Signature de l'adhérent				
Le : 03 AOUT 2023				
R ACCUEIL 2023				

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
10/11/2013		C	4200,00	INP : 012519819 135535 N° Urgence 05-12-2013 Urgence - Eau 993 N° 6 Barroche

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue

Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés

Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie

Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان طارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - اختبار الحساسية

مرض السل - الشخص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين
الأمراض المهنية

Berrechid, le 27/06/2023

197,90 x 2

Mr ROKHSSA Youssef

FORMALAIR



1 Gélule à inhaller le matin 1 Gélule à inhaller le soir pendant 6 mois

BERRECHID
182, Pharrmacy
Berrechid
Mouâcieh
Djedid
Tunisie
Tél: 09 22 33 79 26 12
Fax: 09 22 33 79 26 12
Tél: 09 22 33 79 26 12
Chadouia



Tél. : 05 22 03 55 35 - e-mail : dr.zaidanesara@gmail.com - ICE : 00261179000088

111, angle Bd. Mohamed 5 et Omar Ibn El Khattab, Appartement N° 6,

3eme étage (ascenseur disponible au 1er étage) Berrechid