

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.

M22- 0046223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1385 Société : 176723

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boukraiss Anis

Date de naissance : 30/10/1953

Adresse : 18 Rue Dhou Fares A. HADDOUD

Tél. : 0673549319 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : AK / 08 / 2023

Nom et prénom du malade : Boukraiss Anis Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

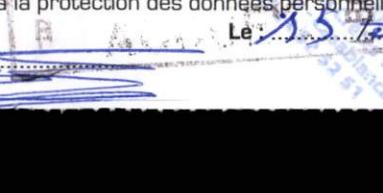
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

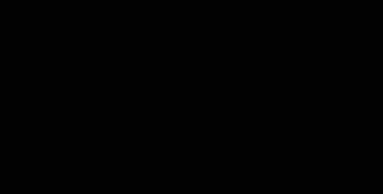
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 1385 Le : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : 1385







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
15/08/2023			250,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
4, Rue Abou Soulimane El Khatib GIZLANE EL ABBADI Tunisie - Casablanca - Tél: 0522 82 90 44	15/08/23	73,2-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

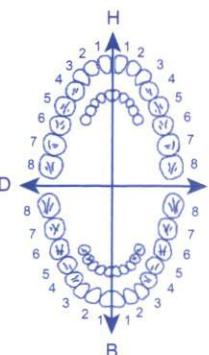
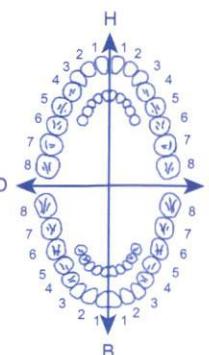
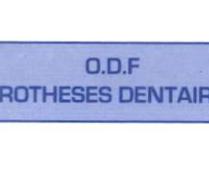
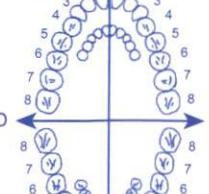
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 																																				
				MONTANTS DES SOINS 																																				
				DEBUT D'EXECUTION 																																				
				FIN D'EXECUTION 																																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																																				
				MONTANTS DES SOINS 																																				
				DATE DU DEVIS 																																				
				DATE DE L'EXECUTION 																																				
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																				
<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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			<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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																																						
D	00000000	00000000																																						
	00000000	00000000																																						
	35533411	11433553																																						
G																																								
B																																								
H	25533412	21433552																																						
D	00000000	00000000																																						
	00000000	00000000																																						
	35533411	11433553																																						
G																																								
B																																								
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																								
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																				



Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en nutrition et diététique
Diplôme universitaire d'échographie générale
Electrocardiogramme (ECG)
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie
Université de Médecine Paris XIII

- دبلوم جامعي في علاج داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الصحية
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدري
- الخطيط الكهربائي للقلب
- الميوزيثيرابي - الوخز بالإبر الصينية
- دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهميوباثي
- كلية الطب بباريس XIII

كلية الطب باريس XIII

Casablanca le : 15/09/2023

Bauklinss
Alpha:
 $24140 \times 3 = 72,30$
- Levothyrox 100 µg
18.1.2023 30055

