

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *24152* Société : *RAM*
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *BENICAZEK Naim*
 Date de naissance : *07/03/56*
 Adresse : *8 Rue Ibn Kafis maa jexxat*
 Tél. : *06 63 89 80 28* Total des frais engagés : *193.90 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/12/2023*

Nom et prénom du malade : *KENFAZI Samira* Age : *30 JAN 2024*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Lombalgie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *2024*

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 : *09/01/2024* Le : *30/10/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *(Signature)*

(Signature)

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
18/12/23	CS		6	<i>Dr. Elouzari.Naima Centre de Santé ICH Sfax</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL LOTTE Mme. BENJELLOUN NEAMIA 313 Bd. Derna 1007, 91000 TUNIS	18/12/23	193.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL OULFI
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfi
Casablanca - Tel: 022.91.00.72

ORDONNANCE

Le: 18/12/23

HENNAoui Samia

41,80

1^e Iclo D



dans la

1^e Ig en D1/jx6

mé e

54,00

2^e Colax gl D



seri que

Dr. Enezari.Naima
Centre de Santé IBN SINA

1^e Ig en D1/jx6



1^e 82,00

3^e Cédel sp

94396
Mme BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfi
Casablanca - Tel: 022.91.00.72
18/12/23

1^e Sp A 30

4^e Mef Sal 15 mg up

Acetamin

Dr. Enezari.Naima
Centre de Santé IBN SINA

103,50

Dr. Enezari.Naima
Centre de Santé IBN SINA

PHARMACIE EL LOTE
~~Mme. BEHESI CHAM NEAMA~~
313, Bd. Ouard Tansift El Oufa
Casablanca - Tel: 02 22 91 00 23

LOT 007923
UT AV 05/2026
P.P.V 51.00 DH

79,00

22,00

LOT : 5260
PER : 12-24
P.P.V : 41DH30