

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

A 52993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278

Société : RHM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : ENNASSIME

Date de naissance : 03/10/49

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 06 93 49 98 61

Total des frais engagés : 1300 DT + 441.000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



22 JAN. 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chabriy Aman Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Zonne Cervicale

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 : DR BOUSS Le : 20/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RECEPTION  
MUPRAS

Bouss

DR BOUSS

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22 JAN 2021	C	Cp	130.50	DR. A. KABOURI Talouma Centre INPE: M 990059 - Tel: 06 67 14 001

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
د/ع العلوي الخصي Tél : 05 28 53 40 95 INPE : 042055384	22-01-2021	414.00

### 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	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitez	MONTANTS DES SOINS				
			DEBUT D'EXECUTION				
			FIN D'EXECUTION				
O.D.F	PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX				
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires	DATE DU DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



الدكتور عبد الله كبوس  
Dr Abdallah KABOUS  
MÉDECINE GÉNÉRALE الطب العام

تالوين في ..... 22 JAN. 2024 ..... Taliouine, le .....

JNPE : 041190059

- دبلوم أمراض النساء \* تتبع العمل
  - دبلوم علاج العقم عند الزوجين بجامعة بوردو الفرنسية
  - دبلوم في أمراض السكري
  - دبلوم التقديرة جامعة باريس 13
  - دبلوم الإيكوغرافيا جامعية القاضي عياض بمراكش
  - خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
  - Diplôme de Gynécologie • Suivie de Grossesse
  - Assistance Médicale à la Procréation
  - Université de Bordeaux France
  - Diplôme en Diabétologie
  - Diplôme en Nutrition Université Paris 13
  - Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

(Chadsey. Ames)

by Valid to 00 48

15257

Fern spray +  
Rugby + 36

3.  $\exists \forall \exists$  me avene ou cicle

4120

—  
16000

Gaphnia 28 - yellow

392

Lewand County 94

PPV:39DH80  
PER: 05/26  
LOT: M1889

LOT:231320  
EXP:05/23  
PPV:41DH70

TAIJIQUAN CENTRE

TÉLÉPHONE CENTRE  
**Tél. : 06 67 14 07 57**