

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0029618

Maladie  Dentaire  Optique **146652**  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03471 Société : R.A.S.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : L'AGHAR B ABDELKADER  
 Date de naissance : 1936  
 Adresse : village Derma Nouaceur Bloc QN10  
 Tél. : 063347518 Total des frais engagés : 25011371,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 JAN. 2023  
 Nom et prénom du malade : L'AGHAR ABDELKADER Age : 87  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie Urologique  
 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 : S. ROUA Le : 23/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : rem


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

### RELEVÉ 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 12.01.2023      | CS'               |                       | 2504h                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                    |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 19/01/23 | 37100                 |
|                                                                                  |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

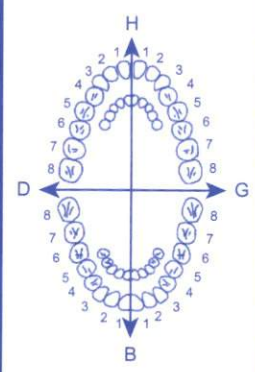
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|
|  |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                     |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                     |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                                                                                     |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |

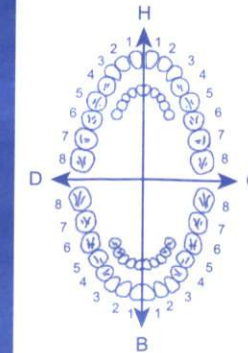
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          | G        |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 |
| D        |          |          | B        |
| 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 |

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Coefficient DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS      | <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS           | <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION     | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Karim TOUNSI

## Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique  
Endoscopie  
Reins - Vessie - Prostate  
et voies Génitales  
Infertilité Masculine  
Santé Sexuelle  
Circoncision



## الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلي والمسالك البولية

أمراض الحصى  
الجراحة بالمنظار  
الكلي المثانة البولية  
البروستاتة - المسالك التناسلية  
العقم عند الرجال  
الصحة الجنسية  
الختانة

برشيد في : 19/04/2023 Berrechid, le :

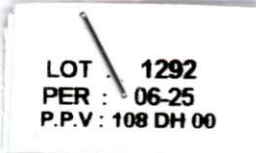
M. Laghreb Abdel Kaber

10970  
S.M. Contiflo 9mg  
up; 2x2

11330  
S.M. Penicillin  
up x 2; 2x2

10880  
S.M. Vaca 5mg  
up; 2x2

2x2 (le soir)



PHARMACIE DEROUA  
EL HAIK Fouad  
Pharmacien  
Centre Commercial Deroua  
Tél: 05 22 53 21 77  
Fax: 05 22 53 25 10

183, شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - الهاتف : 05 22 51 73 83 - برشيد  
183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tél.: 05 22 51 73 83 - Berrechid  
E-mail : drkarimtounsi@gmail.com