

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le renseignement de l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le renseignement 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.

Une déclaration 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.

Précisions :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

En cas de médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Analyses et Biologie :

Une copie 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 document confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Orthopédie : Une déclaration préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de traitements.

La facture, la facture de remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses dentaires : Dans le cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est nécessaire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La facture des soins postopératoires ou après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie Chronique 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

Information	: contact@mupras.com
En charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° W19-485294

N° D : 11384.

CR

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8541

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUT A LEH AICHT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 40,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : []

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/13	49,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Etat et signature du Membre et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D G B	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PHARMACIE KM9
DR OUADILI SOUAD

Patente N°: 36204900
N° R.C. : 246178
Compte :
CNSS : 2630615
Id.Fiscale : 50803060
ICE : 001036360000064

Tél :

Le : 03/12/2019

MME BOUTALEB AICHA

ICE : 001036360000064

FACTURE : 27610 du : 03/12/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1000 MG EFF	15,80	15,80	7,00%
1	DRILL TOUX SECHE S/S SIROP	25,00	25,00	7,00%
Total TTC		40,80		
Droits de timbre		0,00		
Net à payer		40,80		

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUARANTE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	38,13	2,67	40,80
		38,13	2,67	40,80

9 تونس KM9
PHARM DR OUADILI SOUAD 2011

