

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23270	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 11671		Nom & Prénom : AZLAGUI YOUSSEF	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 04/02/74		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse :		Tél. : Total des frais engagés : 03 MARS 2020	
Cachet du médecin :		Cadre réservé au Médecin : Docteur Abdelali TLEMSANI Médecine Générale Echographie 155 AV. AFGHANISTAN HABIBI Casablanca - 761 05 22 90	
Date de consultation : 29 JAN 2020		Nom et prénom du malade : AZLAGUI YOUSSEF Age : _____	
Lien de parenté : M. père		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL			

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
29 JAN 2020			200,00	<p>Docteur Abdellah Médecine générale Echographie 1 ACTS</p> <p>155 AV. ABDOLAH KHAN Tunisie - Tel: +216 22 95 72 00</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.2.20	256.30 REF - 092086396

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Abdelali HEMGAN Médecine Générale L'Echaria à Għadha 15, Av. Afghanistan H.H. T. 03 22 90 34 96 e-mail: abdelali.hemgan@outlook.com	15/05/2018			3		50,00	

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553																																
	H	G																																															
	25533412	21433552																																															
	00000000	00000000																																															
	<hr/>																																																
	D	B																																															
	00000000	00000000																																															
	35533411	11433553																																															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																

ZITHROMAX 500 MG

Boite de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab : 08 / 2019 Date Exp : 07 / 20

PPV : 78,70 DH

54,20

54,20

الفحص بالتلفظ

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

54,20

54,20 x 3 = 162,60 Casablanca, le

- Tricef (n° 03) S.V.

79,70 1/1 571

- Zithromax (n° S.V.)

14,60 1 tablette 3x1
- Stegadix original

14,60 1 tablette 3x1

- Analol (n°
off 3x1) S.V.

29 JAN. 2020

AZLAGNI YOUSSEF



T = 256,30

Docteur Abdellah TLEMÇAN
Médecine Générale

Echographie
155, AV. Afghanistan H.H.
Casablanca - 162 - 05 22 90 33 90

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

13821