

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-455456

37359

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6001	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Souni Abdellah			
Date de naissance : 14-11-1964			
Adresse : 157 N° 5 SANA TISSORI BEN YOUSSEF			
Tél. : 06 6004610	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. TOUNSI Karim Chirurgien - Urologue 183, Bd MedV. N°3 Ben Yakkach Tel: 05 22 65 34 47 42			
Date de consultation : 24 AOUT 2020			
Nom et prénom du malade : Dr. TOUNSI Karim			
Age: 60			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Proctologie Urologique			
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) :

Le : 24 AOUT 2020



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
4/10/2010	CS	200	INP : [Signature]	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIR Mohamed D KHOU 162, Bd. HASSAN II 022 33.70.50-Borochid	04/02/15	277,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		NOUVELLE VILLE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">H</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">35533411</td> <td style="width: 50px; height: 50px; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		D	G	B	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
D	G														
B	H														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

Reine - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circoncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناصالية

العمق عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

Berrechid, le :

01/08/2020 برشيد في.

153,30



Mag R

PPV

LOT
EXP
PPV

190479 1
02 2022
62.50

62.50



61,50

PPV 61,50
FER 12/21
LOT H278



PHARMACIE KARIM
Mohamed V - 2ème Etage N°3 - Tél : 05 22 51 73 83 - Berrechid
162, Bd. Mohamed V - 1000 Tunis - Tunisie
E-mail : drkarimtounsi@gmail.com - En cas d'Urgence : 06 65 34 47 42

شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - برشيد 1000، تونس
183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N°3 - Tél : 05 22 51 73 83 - Berrechid
E-mail : drkarimtounsi@gmail.com - En cas d'Urgence : 06 65 34 47 42