

# 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 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 une fois par an.

## 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.

Maladie  Dentaire  Optique **PEC**  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8848** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **MOUINA ACHIKAKH**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 62 334 761** Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**D. LOUBNA BEN S GUESSOUS**  
Chirurgien Dentiste - Orthodontiste  
Bou Palais Ed Fakir Et Mansour  
Imm F 4ème Etage Tel : 05 22 39 64 86

Date de consultation : **16/04/2024**

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **PROTHÈSE**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... **2024**

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23- N° 0042158**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## **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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHÉRENT

0045128

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the occlusal surface of a 12th mandibular molar. The cusps are labeled with numbers 1 through 8. Cusps 1, 2, 3, 4, 5, and 6 are located on the mesial side, while 7 and 8 are on the distal side. Grooves between the cusps are also numbered. A vertical axis labeled 'H' points upwards, a horizontal axis labeled 'D' points to the left, and a horizontal axis labeled 'B' points to the right.

[Création, remont, adjonction]

G Deux FA théâtre  
en Lyon : une au  
fa 16

#### **COEFFICIENT DES TRAVAUX**

DST+D<sub>200</sub>

3500MH

Abdulkarim

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Dr LOUBRIEUX MENSOUR  
Chirurgien Dentiste - Orthodontiste  
Rue du Palais Ed Yacoubi Mansour  
Tunis 54000 Etage Tél : 09 22 39 64

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LOUBNA BENNIS GUESSOUS  
**Loubna achiakh**  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
R<sup>e</sup> du Palais Bd Yacoub El Mansour  
Imm E 4ème Etage Tél : 05 22 39 84 86

Dr. LOUBNA BENNIS GUESSOUS  
**Né(e) le**  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
R<sup>e</sup> du Palais Bd Yacoub El Mansour  
Imm E 4ème Etage Tél : 05 22 39 84 86



Dr. LOUBNA BENNIS GUESSOUS  
Chirurgien Dentiste Orthodontiste  
R<sup>e</sup> du Palais Bd Yacoub El Mansour  
Imm E 4ème Etage Tél : 05 22 39 84 86