

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.

Reéducation :

- 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

- 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.



BRIBRII BY LIVABRIBRI

Nº W19-490827

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) (3819)		
Matricule : A0444	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FARSANE Laïla		
Date de naissance :	05-01-1976	
Adresse :	lot les Bases 1 Imm C Appt 5 est CASA	
Tél. :	06 6000 1852	
Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13 NOV 2019		
Nom et prénom du malade :	Ridha Raja		
Age:	19		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p style="color: red; font-weight: bold;">IN MURDAS</p> <p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicconfidential à l'att médecin conseil de la Mutuelle.</p>			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Tut à : _____ Le : _____
Signature de l'adhérent(e) : 

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
NOV 2019	(CS)	03	50 DT	 Docteur Ennouri Amihe Spécialiste en Ophtalmologie Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire Complexe "Medical City" Ain Km 0,5 - 3ème Etage N°33 - Sfax 22 28 86 62 7 74 49 11 38
11/11/19	(CS)	01	Gros bilan	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] []															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX []
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	G																		
				MONTANTS DES SOINS []															
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CENTRE D'ORTHOPÉDIE مراكز تقويم البصر مراكز تقويم البصر Centre d'Orthopédie Maroc Béchar			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/11/19	2	ANy30			40 dt

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are numbered 1 through 8 in each quadrant, with 1 at the midline and 8 at the periphery. Each tooth is accompanied by a small symbol representing a dental material or technique:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line (|). Teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line (—).
- Upper Right Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line (|). Teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line (—).
- Lower Left Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line (|). Teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line (—).
- Lower Right Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line (|). Teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line (—).

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur
ENNOURI AMINE**
Spécialiste en ophtalmologie
Ancien assistant hôpitalo-universitaire
Ancien interne des hôpitaux de Paris



**الدكتور
أمين النوري**

إخلاصي في أمراض وجراحة العيون
أستاذ جامعي مساعد سابقاً بكلية الطب
طبيب مباشر سابقاً بمستشفيات باريس

13/11/2019
CODE CNAME : T/26026/30

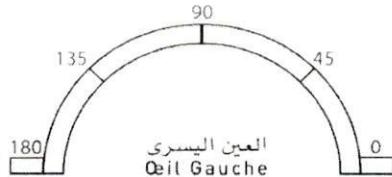
ORDONNANCE DE LUNETTES

Wصفة في نظارات طبية Sfax, le

Nom :

M. REDA RIFFI

الإسم :



		Sphère	Cylindre	Axe	
النظر عن بعد	O.D	0.00	- 0.25	160	العين اليمنى
Vision de loin	O.G	0.00			العين اليسرى

Observations : VERRES AZUR



"المجمع الطبي" طريق العين كلم 0.5 أمام مستشفى الهادي شاكر الطابق الثالث مكتب عدد 33 - 3002 صفاقس
Complexe «Medical city» Route El Ain km 0.5 devant l'hôpital Hédi Chaker 3ème étage App 33 - 3002 Sfax

GSM : 22 38 36 62 - العنوان: Cabinet : 74 49 11 36

**Docteur
ENNOURI AMINE**
Spécialiste en ophtalmologie
Ancien assistant hôpitalo-universitaire
Ancien interne des hôpitaux de Paris



**الدكتور
أمين النوري**

إخلاصي في أمراض وجراحة العيون
أستاذ جامعي مساعد سابق بكلية الطب
طبيب مباشر سابق بمستشفيات باريس

CODE CNAM : 1/26026/30

Sfax, le 13/11/2019

M. REDA RIFFI

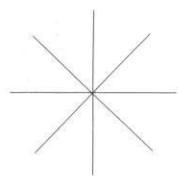
**BILAN ORTHOPTIQUE
ICE DE CONVERGENCE OD>OG**

OD : 0.00(- 0.25 , 160°) 10/10
OG : 0.00(0.00 , 0°) 10/10



Etude de la diplopie au verre rouge :

Droit



Gauche



Etude de la vision stéréoscopique :

TNO : positif l'iso" d'ac.

Vergences :

D' 8..... D 6.....
C' 10..... C 10.....

Synoptophore :

1) AO = / AS = /

2) Amplitude de fusion de

3) VS = /

Conclusion :

Il présente dans une insuffisance de convergence
en vision de loin.

Des séances de l'éducation sont très nécessaires pour
améliorer l'amplitude de fusion et pour améliorer la qualité
de la vision stéréoscopique et surtout pour éliminer les
gênes visuels.



Tunisie le : 18/11/2019

Cher(e) Docteur,

Je vous adresse le bilan orthoptique de Mr/Mme/Mlle Rajaa Reda

Acuité visuelle :

Loin : OD 10/10

Près : OD

SC / AC OG 10/10,

SC / AC OG

Reflets : central

Examen sous écran:

AC Près :

SC Près : orthophorique
Loin : orthophorique

Loin :

OEil directeur : OD

OG

ALTERNE

Maddox :

Près : SC : X 1/4, H 6

AC :

Motilité :

Normale

Reflexe de convergence : fort

PPC : à 14 cm

Email : centre.pointvision@gmail.com

Immeuble Ametista 2ème étage, rue 14 Janvier Sfax, en face de la banque centrale

عمراء أماتيستا الطابق الثاني شارع 14 جانفي صفاقس أمام البنك المركزي

Tel : (+216) 70 032 528 / Gsm : (+216) 51 788 880 / 51 780 778