

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



Déclaration de maladie

N° W19-490827

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10444 Société : FARSANE Laila

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARSANE Laila

Date de naissance : 05-01-1976

Adresse : Lot les Bases 1 Inn @ Appt 5 CBL

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 : Rida Rigi Age : 19

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicin attestant le Paiement des Actes
13 NOV 2019	CS	03	50 DT	<b>Docteur Ennouri Amine</b> Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire Complexe Médical Cité Ain Am 0.5 - 3ème Etage W33 - Star 22 38 86 62 F 74 49 11 36 B
19/11/19	CS	02	Gros dent	

## 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 Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

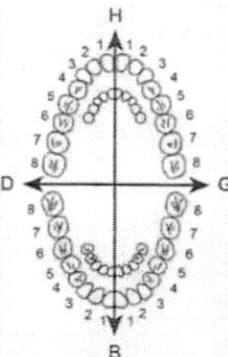
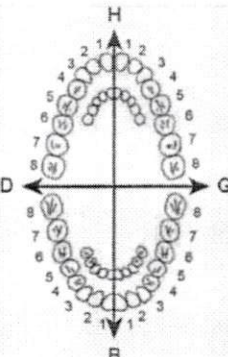
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



# RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
	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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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"/>																					
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Docteur**  
**ENNOURI AMINE**

Spécialiste en ophtalmologie  
Ancien assistant hôpitalo-universitaire  
Ancien interne des hôpitaux de Paris



الدكتور  
أمين النوري

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
أستاذ جامعي مساعد سابقا بكلية الطب  
طبيب مباحث سابقا بمستشفيات باريس

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

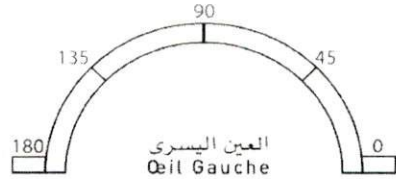
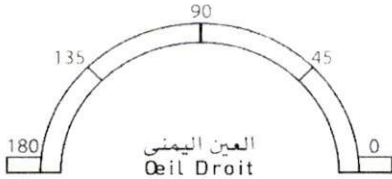
**ORDONNANCE DE LUNETTES**

Sfax, le **وصفة في نظارات طبية**

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 شاكور 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

العيادة: 74 49 11 36 - Cabinet : الجوال: 22 38 36 62 - GSM :



**Docteur**

**ENNOURI AMINE**

Spécialiste en ophtalmologie

Ancien assistant hôpitalo-universitaire

Ancien interne des hôpitaux de Paris



الدكتور

**أمين النوري**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
أستاذ جامعي مساعد سابقا بكلية الطب  
طبيب مباشر سابقا 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



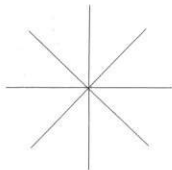
"المجمع الطبي" طريق العين كلم 0.5 أمام مستشفى الهادي شاكر الطابق الثالث مكتب عدد 33 - 3002 صفاقس

Complexe «Medical city» Route El Ain km 0.5 devant l'hôpital Hédi Chaker 3ème étage App 33- 3002 Sfax

العيادة: 74 49 11 36 - Cabinet : الجوال: 22 38 36 62 GSM :

## Etude de la diplopie au verre rouge :

Droit



Gauche

## Etude de la vision stéréoscopique :

TNO : ..... positif 4.60" d'axe.....

### Vergences :

D' ..... 8 ..... D ..... 6 .....

C' ..... 40 ..... C ..... 16 .....

### Synoptophore :

1) AO= ..... 1 ..... AS= ..... 1 .....

2) Amplitude de fusion de ..... 10 ..... 10 .....

3) VS= ..... 10 ..... 10 .....

## Conclusion :

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

Des séances de rééducation sont plus nécessaires pour  
améliorer l'amplitude de fusion et pour améliorer la qualité  
de la vision stéréoscopique et surtout pour éliminer les  
gêne visuelle.



Tunisie le : 18/11/2019

**Cher(e) Docteur,**

Je vous adresse le bilan orthoptique de Mr/Mme/Mlle R. P. Reda

**Acuité visuelle :**

Loin : OD 40/10

Près : OD .....

SC / AC OG 40/10

SC / AC OG .....

Reflets : centraux

**Examen sous écran:**

AC Près : .....

SC Près : orthoptique

Loin : .....

Loin : orthoptique

OEil directeur : OD ☐

OG ☐

ALTERNE ☐

**Maddox :**

Près : SC : X' 4, H' 6

AC : .....

**Motilité :**

Normale

Reflexe de convergence : Bon

PPC : 2.5 cm

Email : centre.pointvision@gmail.com

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

عمارة أماتيسا الطابق الثاني شارع 14 جانفي صفاقس أمام البنك المركزي

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