

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 37 098

Déclaration de Maladie : N° P19-0004223

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11052 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HILAL ABDEL FTAH Date de naissance : 18/07/1975

Adresse :

Tél. : 98 333 18 6 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2020

Nom et prénom du malade : HILAL RIATE Age : 6

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

Fait à : 5/08/2020 Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
5/08/2009		9	60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/90	30.965 DT (Dinar tunisien)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

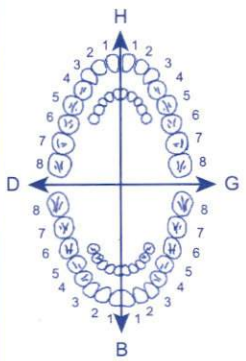
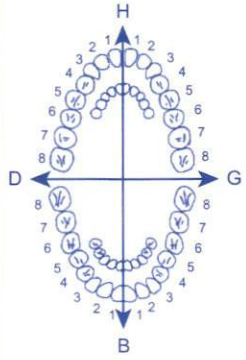
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

Dr. HEDFI CHEHIMI Latifa

Spécialiste en Pédiatrie
Allergologie et Homéopathie

—«O»—

الحكيمة لطيفة الهادفي الشحيمي

إختصاصية في طب الأطفال
والحساسية والطب المثلي

—«O»—

Tunis, le

5/08/2010

R. teg Hileo.

① Vomical m. u.

~~Dysedie~~
dose 10 x 3/5 x 1 = 5
1/2 h avant repas.

② 4/5 p. s. m. e. l. m.

1/4 x 3/5 x 1 = 5

③ 4/5 ~~antegem m. u.~~

Tél. : 70 832 293 - Fax : 70 833 718 - GSM : 98 306 911 - E-mail : d.latifahedfi@gmail.com



Ennasr Médical
Centre Médical

النصر الطبي : 50، شارع العهد الجديد - النصر II - الطابق الثالث - شقة عدد 2
2037 المنزه (بجانب مصحة النصر)

50, Avenue de l'Ere Nouvelle - Ennasr II - 3^{ème} Etage - Appt. n° 2
2037 El Menzah - (à côté de la Clinique Ennasr)

⁹⁴ Normix

1 owl x 21 g x 3

- Doliprane 300mg
- 8 sach x 1/2, 60538
x = 2

Pharm N°3
Tel: 70 83 293
MF: 1209996 Y/C/P/000

Dr. LAÏLA HEDJECHEM
Spécialiste en Pédiatrie
Allergologie et Homéopathie
98 306 911 / 70 832 293

DOLIPRANE 300 mg
12 sachets
PPT: 2,600 DT

945
/30
/22

VONICALM Suspension
Flacon de 250 ml
PPT: 4,950 DT + 3,150

Date : 05/08/2020 N° :47216

Client :

Code CNAM : 1/19689/95

Code PCT	Désignation	Prix	Qte	Total
104311	ENTEROGERMINA 5ML B/10	6.594 x	1 =	6.594
301066	DOLIPRANE 300 SACHET B/12	2.750 x	1 =	2.750
102082	NORMIX SIROP	8.131 x	1 =	8.131
301623	VOMICALM 1MG SUSPENSION 2	5.330 x	1 =	5.330
104210	SPASMOCALM 80MG COMP.OROD	7.464 x	1 =	7.464
Total TTC =				30.269

ARRETEE LA PRESENTE ORDONNANCE A LA SOMME DE :
TRENT- DINARS 269 MILLIMES

Doc.

SONIA EL FEKIH ZAGHBIB

N°3 Res. Erriadh, Avenue Ere Nouvelle, Ennasr2

2001 Ariana, Tunisie

Tél: 70 831 080 Fax: 70 039 525

Code TVA: 1269996/Y /C/P 000

Bon rétablissement

Pharmacie Sonia El Fekih Zaghib
N°3 Res Erriadh, Avenue Ere Nouvelle,
Ennasr2 - 2001 Ariana, Tunisie
Tél : 70 831 080 Fax : 70 039 525
MF: 1269996/Y/C/P/000