

# 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.

## **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.

## **Éducation :**

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 canalaire, 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 canalaire.

## **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

## **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**

ABDELFATTAH

Date de naissance : **18/07/1975**

Adresse : **38 333 18 6**

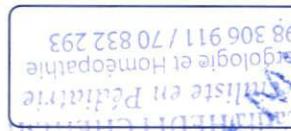
Tél. : **38 333 18 6**

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/08/2020**

Nom et prénom du malade : **HILAL KITAJI**

Age : **6**

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

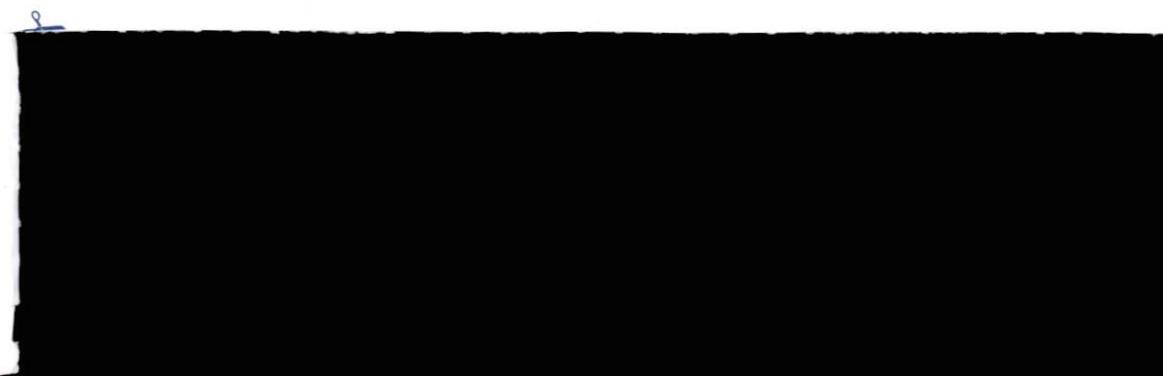
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **05/08/2020**

Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **18 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
51 28 12 20 - 8 = 60				DR. LARIBI DENTISTE SPECIAUTISTE EN PROTHÉSES DENTAIRES ET EN HOMÉOPATHIE Allergologie et Homéopathie 86 306 911 / 70 030 025 DINAR TUNISIEN

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie S. Ennasr 2001 A Tél : 70 82 080 / Fax : 70 030 025	07/08/90	30.965 DT (Dinar tunisien)

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr. HEDFI CHEHIMI Latifa**

Spécialiste en Pédiatrie

Allergologie et Homéopathie

— «o» —

**الحكمة لطيفة الهدافي الشحيمي**

اختصاصية في طب الأطفال

والحساسية والطب المثلث

— «o» —

Tunis, le

5/8/2016

R.Tef Hile.

①

Vom, col m au.

Pharmacie Sonia El Fekih Zaynab  
N°3 Rue El Fekih Zaynab  
El Menzah 2 - 7000 Tunis  
Tél : 70 831 000 / Fax : 70 829 255  
M. : 70 831 000 / V.C : 70 829 255

لـ ٥٠ لـ ٣٧ لـ ١ = ٥٢

لـ ٥٠ لـ ٣٧ لـ ١ = ٥٢

② ٤٩ سب سمال م.

لـ ٥٠ لـ ٣٧ لـ ١ = ٥٢

③ د. تف هيل

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

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

50, Avenue de l'Ere Nouvelle - Ennasr II - 3<sup>eme</sup> Etage - Appt. n° 2  
2037 El Menzah - (à côté de la Clinique Ennasr)

Nomix

100x21 g x 3

- Dosis nro 3

- 8 sachets

x = 2

2

Spécialiste en Pédiatrie  
Alleghologique et Homéopathie  
Dr. Latifa HEDHICHENI  
Tél: 70 30 911 / 70 832 293  
N°3 Rue de la République  
El Jadida 24000 Maroc  
Fax: 70 30 925  
M: 12 03 96 176 / 039 325

98 306 911 / 70 832 293  
Spécialiste en Pédiatrie  
Alleghologique et Homéopathie  
Dr. Latifa HEDHICHENI

DOLIPRANE 300 mg  
12 sachets  
PPT: 2,600 DT



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 :  
TRENTE- 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

L'harmacie  
N°3 Res. Erriadh  
Ennasr2 - 2001 Ariana  
Tél: 70 831 080 Fax: 70 039 525  
MF: 1269996/Y /C/P 000