

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS 10, rue de la République, 20000 Djerba, Tunisie
Tél : 06 22 20 17 00 - Fax : 06 22 20 17 01
www.mupras.tn



Déclaration de Maladie

N° W19-549087

37413

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10466 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BABA OTHMAN

Date de naissance : 1971

Adresse : Bd IBRAHIM SINA IMM 2 AP 57

Tél : 0661197694 Total des frais engagés : 300+478 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Fatima ASOUAB
Médecin Psychiatre
Bd Oum Rabii Im 30 N°2 Al Firdaous
Hay Hassani - Tél: 0522 90 59 70

Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : L. P. H. Age :

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 : Djerba Le : 24/08/2020

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
11/08/10	C	C3	300,00	Dr Fatima ASOUK Medecin Psychiatre N° 30 812 Al Firdaous 0972 90 59 70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/02	458,00 Mds

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Un dentiste est tenu de prélever la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant le nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT DE L'EXECUTION
				FIN DE L'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 30000000 00000000 D G 30000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

Important :

Veillez à rendre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	H <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30000000</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 colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	30000000	00000000	D	G	30000000	00000000	35533411	11433553	B			
	25533412	21433552													
30000000	00000000														
D	G														
30000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique: nécessaire à la prothèse	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

DOCTEUR FATIMA ASOUAB

SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE
& PSYCHOTHÉRAPIE

SPÉCIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE

ANCIENNE INTERNE DE L'HÔPITAL
DE BLOIS - FRANCE



دكتورة فاطمة أصواب

أخصائية في الطب النفسي و العقلي
أخصائية في الصحة العمومية و طب الإدمان
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفى
بلوة - فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le : 17/08/2020



Dr Lotfi Hine

299.00
1) Anafranil 75

93.00 x 3
2 up le m

179.00
2) Velaxol 75 LP

1 up le matin

3) Addemil 30

4/2 up (8j)
1/2 up (2j) (10j)

RDV, Le : pes. anet

Email : cabinetasouab@gmail.com

Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Apt 2
El oulfa - Casablanca - TEL. : 05 22 90 59 70

Email : cabinetasouab@gmail.com

شارع أم الربيع تجزئة الفردوس عمارة 30 رقم 2
الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 59 70

4) Anxieté

1/2 up le soir.

et 1/4 up cibeton.

458.9

fff-pr GAH

Dr Fatima ASQUAB
Médecin Psychiatre
Bd Oum Rasm 30 N° 2 Al Firdaous
Hay Hassani - Tél: 0522 90 59 70