

# 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 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

- Reclamation : 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.

M22- 0036524

165830

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710

Société : *✓*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MOSTAGA

Date de naissance : 30-07-1957

Adresse : 02 RUE DU TIGRE RÉSIDENCE SAMIA 5<sup>e</sup> ETA

ADT N° 11 MEERS SULTAN CASA

Tél. : 0670 930205 Total des frais engagés : 1420,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : DENNOURI mostafa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection cutanée

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 19/06/2023

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
13.06.2023			300,-	Mohammed MOKHTAR DENTISTE 13, rue de la Kasbah BP 20 CASABLANCA Tunisie 13/06/2023

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HOUADA 13/06/2023	13/06/2023	1120,-

## 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
		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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Centre des maladie & Chirurgie des yeux

Docteur Mohammed M.

Ophthalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

E  
C  
N  
6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

فحص شبكة العين - تصوير الشبكة - تصو  
الليزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

13/06/2023

DENNOURI Mostafa

140.10 x 8

- TRAVATAN 40µg COLLYRE (Travoprost) fl  
1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

SE UNITAIRE  
pour, dans les deux yeux, pendant 6 mois

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH //

T = 1120.80  
Dr. Mohammed MIKOU  
Oculiste - Chirurgien Oculiste  
Angle Bd. Abdellatif Bouskoura - 2ème étage -  
2 Avenue A. M. N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Téléphone : 0522 862848 - 0522 862849  
Téléphone : 0522 862848 - 0522 862849

DR. MOHAMMED MIKOU  
Oculiste - Chirurgien Oculiste  
Angle Bd. Abdellatif Bouskoura - 2ème étage -  
2 Avenue A. M. N°54/13 DMP / 21 / NCV  
Téléphone : 0522 862848 - 0522 862849  
Téléphone : 0522 862848 - 0522 862849