

## 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 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

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.

N° W21-793075

166761

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11052	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDEL FATIMA
Nom & Prénom :		HICEL	
Date de naissance :		19/07/1975	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 26/07/2023 Nom et prénom du malade : HICEL RITAJE Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : ASTHME 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.		
	Date de consultation : 26/07/2023 Nom et prénom du malade : HICEL RITAJE Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : ASTHME 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 : TUNISIA Signature de l'adhérent(e) :  Le : 26/07/2023		



## **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
2016/2023 CS			70 000	INP : 111-11111111 Signature : Dr. Béatrice MESSING Specialiste en Médecine générale

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	MONTANT DE LA FACTURE
	10-2-2021	<b>PHARMACIE</b> <b>Mme DHOUBI MOUNIRA</b> <b>DAMOUN</b> <small>DRASSI</small>

## **ANALYSES - RADIographies**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 26533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 11433553 B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# Docteur BEN M'RAD DOGGUI Sonia

Professeur Agrégé en Pneumologie et Allergologie

Ennas Medical (Mitoyen de la Clinique ENNASR)

50, Avenue de L'ère nouvelle Ennasr II

Tél : (+216) 70 832 222 Fax : (+216) 70 832 223

Mail : sonia.benmrad@planet.tn

Consultation sur Rendez-Vous

الحكمة سنية بن مراد الدفقي

استاذة مبرزة في الامراض الصدرية والحساسية

النصر الطبي (محاذية لصحة النصر ) 50, شارع العهد الجديد النصر 2

الهاتف : (+216) 70 832 222 الفاكس : (+216) 70 832 223

البريد الالكتروني : sonia.benmrad@planet.tn

العيادة بالموعد

Tunis le : mardi 20 juin 2023

Enfant HILEL Ritaj

SERETIDE 100 DISKUS

1 ) 1 Dose matin et soir pendant 1 mois..

AEROL spray

2 ) 2bouffés à la demande

ASMULAIR 5

3 ) 1 comprimé à croquer le soir pendant 1 mois

PERINASE

4 ) 1 inhalation par narine et par jour, le matin pendant 1 mois

SALBUTAMOL

5 ) 5ml trois fois par jour pendant 5j

PRIMAPRED 20:1 Comprimé le matin pendant 3j

6 )



Spécialiste en pneumologie et allergologie  
Ennas Medical, Mitoyen de la clinique ENNASR  
+216 70 832 222 70 832 223

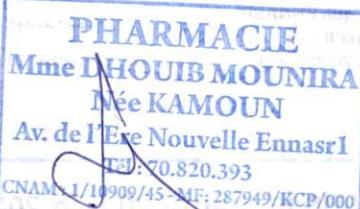
**PHARMACIE****DHOUIB MOUNIRA**

Av. de l'Ere nouvelle ENNASR I

Tél : 70 820 394 / Fax : 70 820 393

Code TVA : 287949/K/C/P/000

N° CNAM: 1/10909/45



Malade :

20/06/2023

Code pct	Articles	N°Ordon.	Qté	Prix Unit
104792	SERETIDE DISKUS 100/50 µG BT/60		1	44.250
300858	AEROL 100 µG FL/200 DOSES /		1	6.175
303412	ASMULAIR 5 MG BT/30 CP A		1	42.940
303064	PERINASE 50 µG FL/120 DOSES		1	13.815
300194	SALBUTAMOL 2 MG/5ML FL/150 ML		1	5.150
302740	PRIMAPRED 20 MG BT/20 CP / CP		1	7.870
				Total 120.200

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :  
cent vingt Dinars 200 millimes

DHOUIB MOUNIRA

