

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-816983

183790

□ Maladie □ Dentaire □ Optique □ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07715 Société : RAM - *Yoni*
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : MONTAKANITÉ - Bouchra b. No *radiac*
 Date de naissance : 07-01-1964 *175013*
 Adresse : *Leb. Jnelli*
 Tél. : +216 53 09 06 01 Total des frais engagés : *153,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. Amani Zerelli*
 Médecin dentiste
 38, Rue Mohamed Ibn Abi Soufien
 Benzana 2037 Ariana
 Tél. : 05 22 668

Date de consultation : 04/09/2023 à Tunis Age : 58 ans
 Nom et prénom du malade : Amina Chahir
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint
 Nature de la maladie : *Sans dentaires*
 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 : *Tunis* Le : *04/09/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *AB*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

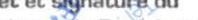
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/05/2011	Consultation dentaire		50 dinars Tunisien	IMP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 KHEDIJAH HANCHI 15, Rue Mouawia Ibn Abi Soufiane El Menzah V Fax: 71 230 843 - 71 235 421 N.A.M.: 1/9860/63	04/09/23	38,120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07-09-2023	R112	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

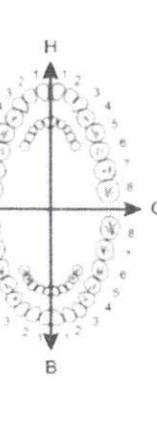
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODR.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		B															
25533412	21433552	00000000	00000000														
00000000	00000000	35533411	11433553														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



Tunis le 07/09/2023

M.F:1220680/T/A/M/000

NOM DU PATIENT : MME CHAHIR AMINA

NOTE D'HONORAIRE

RX PANORAMIQUE.....50,000TTC

Cette facture est arrêtée à la somme de CINQUANTE DINARS .

ME:1220680/T/A/M/000

DR ANISSA MIAOUI

71 758 548 / 71 758 728
Gabinet d'Imagerie Médicale l'Aouina
Résidence Jannet II - BDC App 6
Av. Mongi Slim, Résidence Jannet II (Immeuble UBCI / BH, près de l'Eglise), Escalier C, 1^{er} étage, Appartement n°6, 2045 l'Aouina

**RADIOLOGIE NUMERISEE - RADIOLOGIE DENTAIRE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE 4 D - DOPPLER COULEUR
ECHOGRAPHIE CARDIAQUE - MAMMOGRAPHIE - SCANNER - IRM - OSTEODENSITOMETRIE**

Av. Mongi Slim, Résidence Jannet II (Immeuble UBCI / BH, près de l'Eglise), Escalier C, 1^{er} étage, Appartement n°6, 2045 l'Aouina
Tél. : 71 758 548 / 71 758 728 - Fax : 71 758 339 - E-mail : cimla@topnet.tn

Tunis, le 04/09/2023

Amira Chahir

Demande de Rx

par ordonnance

+ CD

07-09-2023
FAB = 50 ₣
ME:122608/1/A/M/000



PHARMACIE**HANNACHI KHEDIJA**

15 RUE MOUAWIA IBN SOFIANE

Tél : 71 230 843 / Fax : 71 230 843

Code TVA : 0656909G/ P/C/000

N° CNAM: 1/9860/63

Malade :

04/09/2023

Code pot	Articles	N°Ordon.	Qté	Prix Unit	
300224	CLAMOXYL 1GR DISPERSIBLE B/12		2	13.805	27.610
301365	ESORAL 20MG B/8 / GELULES		1	10.510	10.510
Total					38.120

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :

trente huit Dinars 120 millimes

ESORAL 20 mg
Esoméprazole
8 Gélules / Capsules

CLAMOXYL DISPERSIBLE
1 GR
Comprimé soluble B/12
08376

CLAMOXYL DISPERSIBLE
1 GR
Comprimé soluble B/12
08382

Dr. Amani Zerelli Hamda
Médecin dentiste
Chirurgie et dentisterie esthétique



الدكتورة. أمانى الزرلي حمدة
طبية أسنان
جراحة و تجميل الأسنان

Tunis, le 04/09/2013

Amina Chahir

Clamoxyl (1g)

1 cp x 3/jr pdt 7 jr

Esorol (20mg)

1 cp à jenn / jr pdt 7 jrs

PHARMACIE
KHEDIJA HANNACHI
15, Rue Mouawia Ibn Abi Soufiane
El Menzah V
Tél/Fax: 71 230 843 - 71 235 421
C.N.A.M: 1/9860/63

38, Avenue Mouaouia Ibn Abi Sofien Menzah 8
Ariana 2037 (à coté de restaurant Damascino)

Docteur Amani Zerelli
Médecin dentiste
38, Rue Mouaouia Ibn Abi Sofien
Menzah 8, 2037 Ariana
Tél: 27 622 668

27 622 668

dr.amanizerlli@hotmail.com