

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° W21-773040

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>AMAD</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EL MOUKI YOUNES</u>
Nom & Prénom : <u>EL MOUKI YOUNES</u>		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : <u>06 44 25 63 32</u>	
Cachet du médecin :		Total des frais engagés : _____ Dhs	
<p>Dr. Sofia EL MEŞBAHI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GH 3 Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods CASA - Tél. 0522 38 05 59</p>			
Date de consultation : <u>29/10/2024</u>		Nom et prénom du malade : <u>AUHKAH SMATI</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <u>Pityriasis Rosea et psoriasis - Dermite seborrhéique</u>		<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : <u>CASA BENICCA</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>EL MOUKI YOUNES</u>			

VOLET ADHÉRENT

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
29/11/24	01	C)	3027,00	INP : 091163000 Dr. Soltane AL MESSBAHI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, GH 3 Imme 1, N° 6 - Bd Al Qods CASA - Tél: 0522 38 05 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Représen-	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL INARA Hamid Hazzou Docteur en Pharmacie Mariane Marzouki 22 Mars, Local 86, Ain elchak, CS 22 Tunisie, 1007 Tunis	29/01/24	839,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

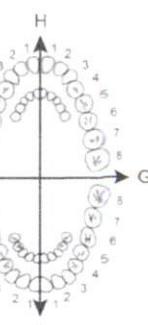
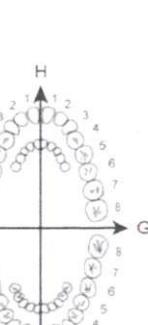
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B 00000000				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

Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique

Laser



اختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية،

حساسية الجلد

التجميل

الليزر

Le :

29/01/2024

Mme AUHKIM Samahe

1 - CKS Gel Surgras

pour la toilette

2 - Hydracort crème

2 fois par jour

Sp

1.0
(visage)

3 - Avène Tolerance HYDRA

1 Application, 2 fois par jour

4 - Cleniderm crème

1 Application, 2 fois par jour

5 - ALORA 5 mg

1 Comprimé le soir

6 - Kelual DS shampoing

3 fois par semaine pendant 15 jours puis 2 semaines (garder 5 mn et rincer)

7 - Mycoster solution 1%

4-5 pulvérisations 2 fois par jour pendant 1 fois par jour pendant 15 jours (cuir chevelu)

PHARMACIE ACIMA AL
Hamid Haz
Docteur en Pharmacie
Marianne Mark
Bd Mars, Local 86, Ain Chock
Tunisie

LOT: M1070
PER: 06/2025
P.V: 51,90 D

43,50

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 Bd Al Qods
Tunisie - Tél: 0523 38 05 59

Bd Al qods, Résidence Ryad Alqods GH3, Imm.1, Appt: 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس، إقامة رياض القدس، عقار ٦ الشقة ٦، الطابق ٣، عين الشقق

Tél./ Fax : 05 22 38 05 59

GSM : 06 96 44 11 04 / الهاتف : E-mail : sofiaelmesbahi@gmail.com

Sp: 839,80