

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

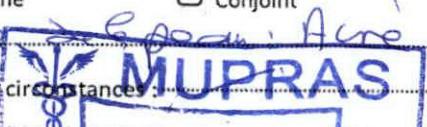
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-490831

RD = 16679

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10444		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FARSAÑE Lalla			
Date de naissance : 05-01-1976			
Adresse : Lot les Bases 1 Imm. G Appt 5 C11 CASA.			
Tél. :		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 13/11/2019			
Nom et prénom du malade : Hesha Riffi Age: 19ans			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : maladie à l'origine Acné			
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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : 15 JAN 2020

Sign. : "adhérent(e) :

MUPRAS

15 JAN 2020

ACCUEIL 13 11 19

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13/11/18	Consultation + Bilan + P.R. Demande		500 francs	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROUTE E/ Aïn KAO Centre Hôpital Héphaïstos Tél.: 74 243 150	18/11/2015	185,203

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d'explorations complémentaires.

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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Pharmacie MONGI KETATA
ROUTE EL AIN Km 0.7 - SFAX
Tél: 74243159 / Fax:
Matricule Fisc.: 66600DPC000

Exécution d'une ordonnance

ID Bénéficiaire :
Identité du malade :
Code du prescripteur :
Date de la prescription : 19/11/2019
Régime : Remboursement
Date de dispensation : 19/11/2019
CNSS/CNRPS du malade:

Exécuteur: 16

Référence CNAM du pharmacien: 1/9933/39

Code RCT	Produit	Forme	Qte	PUV	Mt. Percu	N.I.O	PR/Lot
103526	CURACNE 40 MG BT 30	COMPRI	1	74,710	74,710		P
3282770037500	DUCRAY KERACNYL GEL MYRTACINE GEL		1	43,197	43,197		SVSP
20181010150032	KERACNYL REPAIR BAUME LEVRES	BAULE L	1	24,456	24,456		SVSP
6192432500815	DERMACARE PHOTOSUN HOMME MA ECRAN		1	42,840	42,840		SVSP
Total : 185,203							

Arrêtée à la somme de : Cent quatre-vingt cinq dinars deux cent trois millimes

<< Merci et bon rétablissement >>



Pharmacie MONGI KETATA
ROUTE EL AIN Km 0.7 - SFAX
Tél: 74243159 / Fax:
Matricule Fisc.: 66600DPC000

CURACNÉ® 40 mg
Boîte de 30 capsules molles

P. Public :
AMM n° 6053014.

40788

Pharmacie
KETATA Mon
Route El Ain Km 0.7 - Sf,
Hôpital Hédi Chaker
Tél.: 74 243 159

