

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.

adiologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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

212940

Déclaration de Maladie : № P19-0004200

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M052 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HUSSAIN ABDELLAH Date de naissance : 13/07/75

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soufiene CHOUAIB
Hépato - Gastro - Entérologie
Endoscopie
Kamoun Medical Center - Ennasr II
tel : 23.350.424 - 98.350.424

Date de consultation : 08/03/2022

Nom et prénom du malade : RAMEH AMINA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : signe

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 : 08/03/22

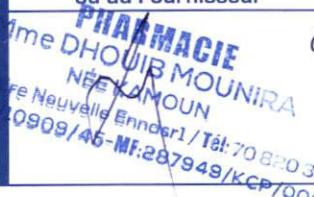
Signature de l'adhérent(e) : HAKANI

H. HAKANI

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
28/03/2022	CS	1		 Soufiane CHOUAIB Dr. Gastro - Entérologie Endoscopie Karmoun Medical Center - Ennasr N Tel: 29.350.424 - 98.350.424

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie DHOUB MOUNIRA Née KAMOUN 20809/46-NF:287949/KCP/1000	08/03/2022	62.045

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

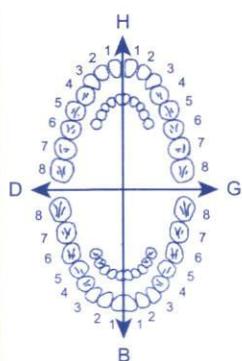
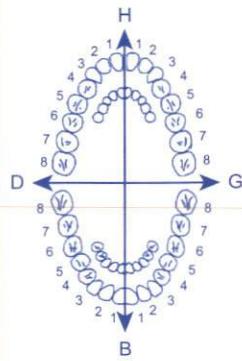
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Soufiene CHOUAIR

Ancien Assistant Hospitalo - Universitaire

Ancien Praticien Attaché des Hôpitaux de France

Spécialiste en Hépato - Gastro - Entérologie

Proctologie - Endoscopie Digestive



الدكتور سفيان شعيب

أستاذ جامعي مساعد بكلية الطب بتونس سابقا

طبيب مباشر بمستشفيات فرنسا سابقا

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

الكشف والعلاج بالمنظار

PHARMACIE
Mme DHOUIB MOUNIRA
NÉE KANOUN
v. de l'Ere Nouvelle Ennasr | Tel: 70 820 393
Tunis, 1/10/2009/45 - N°: 287949/KCP/000

Tunis, le

8/3/22

N - Amra
RATCHI

1) Ile 2 sacs 2/,- 75/-
 Moy
2) Rucarban 2x2/,-
 Moy
3) Colis 7x3/,- 200/-

الدكتور سفيان شعيب
أمراض الجهاز الهضمي والكلية
المركب الطبي كومون - الدور 2
الهاتف: 23.350.424 - 23.350.424
fax: 98.350.424

المركب الطبي كومون

 KAMOUN MEDICAL CENTER

1er Etage - Cabinet B1 - 1

Boulevard de l'Ere Nouvelle

2001 - Ennasr II

(+216) 71 829 739 

(+216) 23 350 424 

(+216) 98 350 424 

chouaibsof@yahoo.com 

B1-1 الطابق الأول - عيادة

شارع العهد الجديد

2001 النصر

PHARMACIE**DHOUB MOUNIRA**

Av. de l'Ere nouvelle ENNASRI

Tél: 70 852 909 / Fax :

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

N° CNAM: 1/10909/45

PHARMACIE~~Mme DHOUB MOUNIRA~~~~NEE KAMOUN~~Av. de l'Ere Nouvelle Ennasri / Tel: 70 820 393
Code TVA : 287949/K/C/P/000

Malade :

08/03/2022

Code pot	Articles	N° Ordon.	Qté	Prix Unit	
	ILAX 10 GR BT/20 SACHETS AD /		3	8.905	26.715
	EUCARBON BT/30 CP / CP		2	10.660	21.320
301283	COLOSPASMYL 200 MG BT/15 CP /		3	4.880	14.640
					Total 62.075

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :
soixante deux Dinars 075 millimes

Ilax 10g Sachet boîte de
20

8905

Ilax 10g Sachet boîte de
20

8905

Ilax 10g Sachet boîte de
20

8905

VIGNETTE
COLOSPASMYL 200 mg
Comprimés sécables BT/15
P.PUB : 4,035 DT
+0,240 = 4,275 DT

VIGNETTE
COLOSPASMYL 200 mg
Comprimés sécables BT/15
P.PUB : 4,035 DT
+0,240 = 4,275 DT

VIGNETTE
COLOSPASMYL 200 mg
Comprimés sécables BT/15
P.PUB : 4,035 DT
+0,240 = 4,275 DT

Vignette
EUCARBON®
30 Comprimés - Voie Orale
A utiliser avant : 12/2023
PPT : 10660

Vignette
EUCARBON®
30 Comprimés - Voie Orale
A utiliser avant : 12/2023
PPT : 10660