

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	01082	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHOUQUA MOHAMMED 186819	
Date de naissance :		01/01/1948	
Adresse :		149, COT CHAMA BERRECHID	
Tél. :	0664179462	Total des frais engagés :	
		479,10 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Dr Abdelouahad BOUZID  
Médecine Générale  
11, Rue Salah Eddine Ayoubi  
Tél: 0522 32 73 73 BERRECHID

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :	23.11.2023
Nom et prénom du malade :	chouqua Mohamed
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Asthme fessol evolutif + Adema
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	Pathologie

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 : BERRECHID

Le : 23/11/2023

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT

## 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
23/11/2023	C		150,12	T. Abduouahab BOUHID Médecine Générale 11, Rue Salah Eddine Ayoub El-05200 3373 SERRE-HID

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 961 int Al Faraj Berrechid Tunisie 1009 - Comptoir n°100	23.11.2023	399,10

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

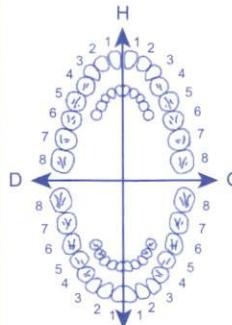
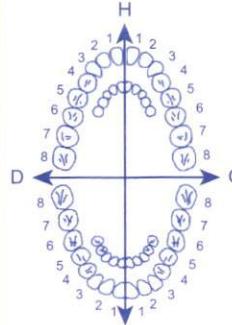
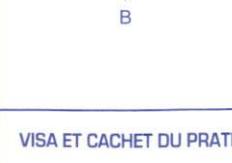
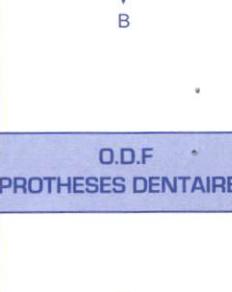
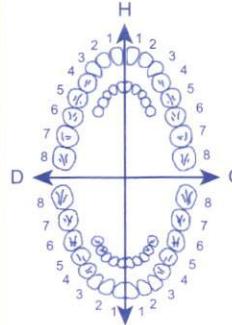
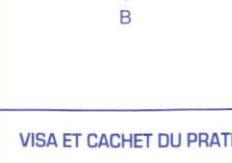
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR ABDELOUAHAD BOUZID**

Médecine générale  
 Diplôme d'échographie générale  
 Diplôme de traitement de la douleur  
 Diplôme de médecine de travail  
 Diplôme d'expertise médico-judiciaire  
 et médecine légale  
 Expert judiciaire assermenté près des tribunaux

**الدكتور عبد الواحد بوزيد**

الطب العام  
 دبلوم في الفحص بالصدى  
 دبلوم في علاج الألم  
 دبلوم في طب الشغل  
 دبلوم في الخبرة الطبية القضائية  
 والطب الشرعي  
 خبير قضائي محلف لدى المحاكم

BERRECHID LE : ..... 23 - 11 - 2021

Chouguia - Johnson... I

**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules  
 à libération prolongée  
 Voie orale  
 0.4 mg

109,70  
 x 3

CONTIFLO S.V. x 03 mg  
 1 gél par jour.

329,10

PHARMACIE  
 QUARTIER AL FARAJ  
 Dr. El Al Faraj-Berrechid

Jr. Abdelouahad BOUZID  
 Médecine Générale  
 11 , Rue Salah Eddine Ayoubi  
 BERRECHID

**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules  
 à libération prolongée  
 Voie orale  
 0.4 mg

11-Rue Salah Eddine Ayoubi 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél : 05.22.32.73.73 / 05.22.32.73.73

11- زنة صلاح الدين الأيوبي الطريق الأول برched - الهاتف 05.22.32.73.73

القيسارية بجوار محطة العناية

**CONTIFLO® D**

PPV: 109DH70

30 Gélules  
 à libération prolongée  
 Voie orale  
 0.4 mg