

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



190907

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032696

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07715 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKANITE- Boucharb

Date de naissance : 07-01-1964

Adresse : habituelle

Tél. : +21693090901 Total des frais engagés : 430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur REKIK Riadh
Ophtalmologiste
3, Avenue Khaireddine Pacha - TUNIS
CNAM : 01/14762/18
MF : 539679 H

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Chahin Amine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Boule de l'acuité visuelle, Contrôle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Tension oculaire

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 : 20/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : B

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/11/2013 | a | | 79,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 23/12/2013 | 53,711 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

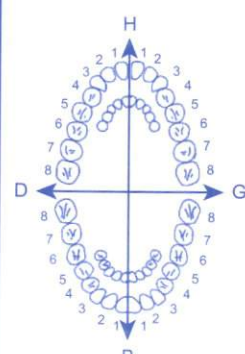
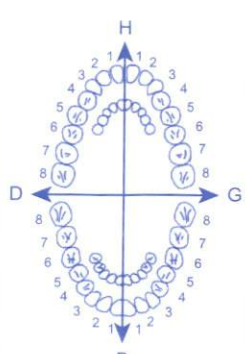
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|--|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Docteur Riadh REKIK

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

Ancien assistant à l'hôpital Militaire de TUNIS

الدكتور رياض الرقيق

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أستاذ مساعد سابقا بالمستشفى العسكري بتونس

Tunis, le:

20/12/23

Chahin Amira

1/ Phlysiol. : lanef (13/j)

04 fois.

2/ Nadeck x 3/j
(coll-14)
3 fois

3/ Allergus 1 cp / 1 jour
3 fois

Docteur REKIK Riadh
Ophtalmologiste
3, Avenue Khairredine Pacha - TUNIS
CNAM : 01/14762/18
MF : 539679 H

Pharmacie Khairredine Pacha
125, Avenue de l'Émir Abdelkader - TUNIS
Tél : 70 826 462
MF : 539679 H
01/14762/18
Pharmacie Khairredine Pacha
125, Avenue de l'Émir Abdelkader - TUNIS
Tél : 70 826 462
MF : 539679 H
01/14762/18

Docteur REKIK Riadh
Ophtalmologiste
3, Avenue Khairredine Pacha - TUNIS
CNAM : 01/14762/18
MF : 539679 H

KHABTHANI Rached et Elyes

ENNASR 2

Tél: 70 826 462 / Fax :

Code TVA : L/1929371 /B/M /000

N° CNAM: 1/26017/21

Malade :

23/12/2023

| Code pct | Articles | N°Ordon. | Qté | Prix | Unt |
|----------|--------------------------------|----------|-----|--------|--------|
| 307322 | PHYSIOL 5 ML B/10 / NASALE | | 2 | 2.454 | 4.908 |
| 303794 | ALLERGUS 5 MG B/30 / CP C | | 1 | 11.750 | 11.750 |
| 103249 | NAABAK 4,9% FL/10 ML / COLLYRE | | 3 | 12.351 | 37.053 |
| Total | | | | 53.711 | |

Arrêtée la présente ordonnance à la somme de :
cinquante trois Dinars 711 millimes

PHYSIOL®
10 Ampoules
de 5ml
P.P.T: 2.455 DT

PHYSIOL®
10 Ampoules
de 5ml
P.P.T: 2.455 DT

VIGNETTE
ALLERGUS 5 mg
30 comprimés pelliculés

C15018/4

VR455C10PTU/0721

Naabak® 4,9%
Collyre flacon de 10 ml
Enreg. TN: n°8443022

PPT:



VR455C10PTU/0721

Naabak® 4,9%
Collyre flacon de 10 ml
Enreg. TN: n°8443022

PPT:



VR455C10PTU/0721

Naabak® 4,9%
Collyre flacon de 10 ml
Enreg. TN: n°8443022

PPT:



صيدلية الخبثاني رشاد و إيليس
125 شارع الشهيد البشير البصري 2
Pharmacie Khabthani Rached et Elyes
125 Avenue de Lée nouvelle, ENNASR 2
Tél: 70 826 462
MF: 000 MB 17392911