

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

190906

M23- N° 0032697

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ITANS

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASTAKANITE

Bouchaib

Date de naissance : 7/11/1964

Adresse : TUNIS

Tél. :

Total des frais engagés : 84,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur REIKI Radh  
Ophtalmologiste  
3, avenue Khaireddine Pacha - TUNIS  
C.I.A.M : 01/14762/18  
M.F. : 539679 H

Date de consultation : 8/01/2024

Nom et prénom du malade :

Bouchaib Nouria Rayane

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

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.



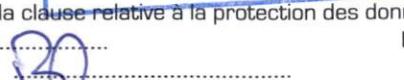
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TUNIS

Le : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/01/2024      | C.                |                       | 70,800                          | Docteur REKIK Riaan<br>OPhtalmologiste<br>3 Avenue Khaledine Pacha - TUNIS<br>N°AM : 01/14762/18<br>MP : 539679H |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

|   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                | Date       | Montant de la Facture |
| PHARMACIE D'ASSAOUI<br>Monte-Carmel<br>Tunis - 1005<br>Tél: 71.70.595 | 11/01/2024 | 14,803                |

### 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 canalaires, 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 |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Exécution d'une ordonnance

ID Bénéficiaire :  
Identité du malade :  
Code du prescripteur :  
Date de la prescription : 11/01/2024  
Régime : Remboursement CNSS/CNRPS du malade:  
Date de dispensation : 11/01/2024

Exécuteur: KESRAOUI

Référence CNAM du pharmacien: 1/18187/48

| Code PCT | Produit             | Forme   | Qte | PUV    | Mt. Percu | N.I.O | PR/Lot |
|----------|---------------------|---------|-----|--------|-----------|-------|--------|
| 307322   | PHYSIOL 5 ML B10    | AMP INJ | 1   | 2,457  | 2,457     | V     |        |
| 103249   | NAABAK 4.9 FL 10 ML | COLLYR  | 1   | 12,352 | 12,352    | V     |        |

Total : 14,809

Arrêtée à la somme de : Quatorze dinars huit cent neuf millimes

<< Merci et bon rétablissement >>



20240111000KS

Pharmacie KESRAOUI SOUHAIL  
48 Avenue OTHMAN IBN AFFENE - ARIANA  
Tél: 71700595 / Fax: 71700274  
Matricule Fisc.: 1198389KPC000

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

Naabak® 4,9%  
Collyre flacon de 10 ml  
Enreg. TN: n°8443022  
VRAISCIPTU/0721



PPT:



# 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 سابق بالمستشفى العسكري بتونس

Tunis, le:

8/11/84

sur chiale spontané

(1) - physiol: levogl x 3/jour  
3 bouteilles

(2) Nacelle x 3/jour  
(Collyre) 08 bouteilles



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