

# 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



190906

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032697

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17715 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BASTAKANITE Bouchaib

Date de naissance : 7/01/1964

Adresse : TUNIS

Tél. : Total des frais engagés : 84,80 DARS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/01/24 MF : 539679 H

Nom et prénom du malade : Bouchaib Bastakanite Age :

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) :



# RELEVÉ 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
08/11/24	C		79,000	<b>Docteur REKIK Riadh</b> Ophtalmologiste 3, Avenue Khedrine Pachà - TUNIS ONAM : 01/14762/18 MP : 599679 H

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

11/01/2024

14,809

# 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

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

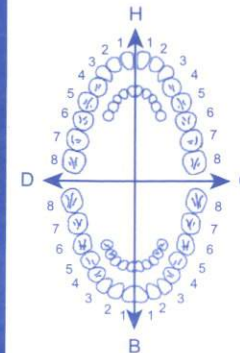
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

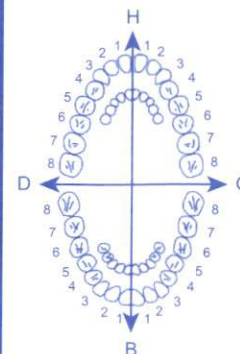
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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  
PPT:  
VR455C(UPTU)0721



# 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:

8/11/24

Souhaïb Montecanite

(1) - physiol: levopex  $\times 3/j$   
3 boites

(2) Nachek  $\times 3/j$   
(Collyre) 02 boites



Docteur REKIK Riadh  
Ophtalmologiste  
3, Avenue Khairreddine Pacha - TUNIS  
C.N.A.M.: 01/14762/18  
MF: 539679 H