

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10938	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boulayad Ibtiham			
Date de naissance : 6/12/73			
Adresse : lot ELNAZIRIA Rue 3 N° 23			
Tél. : 0661244142 Total des frais engagés : 27 NOV. 2020			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr.FENNICH-CUAFI NEUROLOGUE RÉADMISSION N°1 ANNEE 2020 NICE-061970043000042			
Date de consultation : 12/11/2020			
Nom et prénom du malade : Boulayad Ibtiham			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : céphalgie			
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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
17/11/2020	C	2.0.2.00	200.00	INP : 00000000 Dr. FENNICH-CUAFAA NEUROLOGUE N°100ds App.4 N°1 Av. Ned V Setta ICE: 001916643000042

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMASIE KALM SIDI BOUZID en Tunisie 223, Bd. La Rabta El Guadi 1010 - Sétif Tél: 05 23 72 46 41	17/11/2020	147,80

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		DSCE 100 20	

AUXILIAIRES MEDICAUX

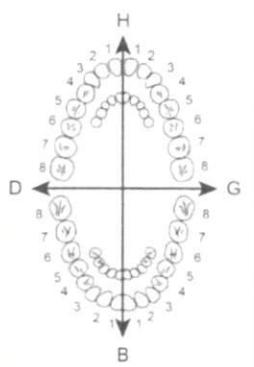
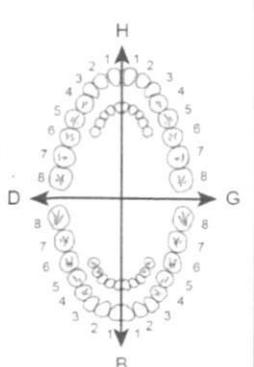
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS
	D		B	DATE DU DEVIS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

40x40x75

FENNICH NEUROLOGUE

dies du Système
et de la colonne
vertébrale.
(maux de tête)
électroencéphalographie (EEG)



الدكتورة وفاء فنيش

أخصائية في أمراض الرأس والجهاز العصبي
والplexes والعمود الفقري
مرض الصرع وصداع الرأس
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

Laroxy[®]

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:06/23
LOT: J1840

at, le : ٢٠٢٣/٠٦/١٧

Laroxy[®] 40 mg/ml
Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



LOT : 200117
UT AV : 03/2023
PPV : 10,00 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

Stremag

Magnésium

N° DE LOT / BATCH N° :

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :

À CONSUMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :

PPC: 98,00 dhs

① Stremag
98,00

② Laroxyl 98

10,00 Segf 98,00

③ Andal 500

T = 147,80 3 al

Andal Ilesmuni



DR. FENNICH-QUAFAA
NEUROLOGUE
N° des Appart. 4 N° 1 Av. M'da'bi
N° 1216643000042

Résidence Al Qods, Avenue Mohamed V, 1er étage, Appartement 4 Settat : 05 23 40 29 00
05 23 40 29 00 (قرب طوطال) سطات الهاتف : إقامة القدس شارع محمد الخامس، الطابق الأول رقم 4،