

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-637138

195890

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **524**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TOUNSI Khadija**

Date de naissance : **Le 16/07/1948**

Adresse : **61 Avenue Chouihada, Hay Salam, Sidi**

Tél. : **06 72 31 99 92**

Total des frais engagés :

71,20 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/01/2024**

Nom et prénom du malade : **TOUNSI Benete Khadija**

Age : **75**

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : **Slendrité**

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'adjudicataire.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **17/01/2024**

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
17.01.2024	CS	de 100		INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie INPECO Km 17, avenue Mohamed VI El Menzel Rabat Tél: 637 74 99 56 - INPE: 102104080	17.01.2024	500.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

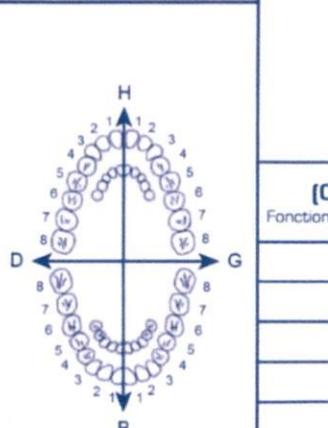
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Sophia NITASSI

Professeur de l'enseignement supérieur
ORL et chirurgie cervico-faciale
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde
Diplôme de prise en charge des vertiges
et troubles de l'équilibre
Video-endoscopie
Expert assermenté auprès des tribunaux



الدكتورة صوفيا النطاسي

أستاذة التعليم العالي

اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

الفحص بالمنظار

جراحة الفخذ الدرقية

اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Le: 17/01/2024.....

Mme TOUNSI KHADIJA

20.50

TAVANIC COMPRIME PELLICULE 500 MG BOITE DE 7

1 Comprimé le matin pendant 7 jours

+ 129,90
+ 96,80

RÉSPIMER DOUCHE NASALE

1 Lavage le matin, 1 Lavage le soir pendant 15 jours

79,50

CURALER SPRAY NASAL

2 Pulvérisations le matin, 2 Pulvérisations le midi, 2 Pulvérisations le soir pendant 15 jours

20.50

~~Pharmacie INDIGO~~
Km 17, avenue Mohamed VI
El Menzah Rabat
Tél: 06 37 74 99 56 - INPE: 102104080

05.37.77.20.30 06.61.41.56.41 dr.nitassisophia@gmail.com

شارع مشلين، الطابق الثاني، شقة 12 أكادال، الرباط / Appt N°12 Agdal, Rabat



TAVANIC® 500 mg

levofloxacin/levofloxacin

Oral/Oral use

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



6 118001 080830

gés pelliculés sécables
Scored scored tablets

SANOFI

without the addition of sachet contents • Do not carry out nasal irrigation with spring or mineral water
table to include impurities or antiseptics agents • Do not replace sachets with "home-made" salt formulas containing cooking salts, which are
sacs ajouté de sachets] • Ne pas remplacer les sachets ou des antiseptiques à base de sel [sel de table, gros sel ou sel pourtant contenant
des impuretés ou des antiseptiques]. • Ne pas réaliser d'irrigation avec de l'eau de source ou de l'eau minérale.
Ne pas remplacer les sachets par des solutions à base de sel [sel de table, gros sel ou sel pourtant contenant

Use with RESPIMER NetiFlow nasal irrigation device.

Utiliser avec le dispositif d'irrigation nasale RESPIMER NetiFlow.

• RESPIMER NetiFlow provides lasting relief and a significant improvement in quality of life.

• RESPIMER NetiFlow is effective for all nasal and sinus symptoms: nasal congestion, sinus pressure, secretions, sinusitis, nasal discharge, rhinopharyngitis, coryza, etc.

• RESPIMER NetiFlow procure un soulagement durable et une amélioration significative de la qualité de vie.

• RESPIMER NetiFlow agit efficacement sur l'ensemble des symptômes du nez et des sinus : congestion nasale, pression sinusienne, sécrétions, écoulements rhinopharyngés, croute, etc.

• RESPIMER NetiFlow agit efficacement sur l'ensemble des symptômes du nez et des sinus : congestion nasale, pression sinusienne, sécrétions, écoulements rhinopharyngés, croute, etc.

NetiFlow®

RESPIMER®

RESPIMER®
NetiFlow®

HEAVY
CONGESTION
NOSE - SINUS

SACHETS FOR NASAL IRRIGATION

CLINICALLY PROVEN METHOD

High tolerance formula

30
SACHETS
of mineral salts

• SOOTHING SALTS FORMULA • IMPROVES QUALITY OF LIFE

Starting from **4 years**

ADULTS - CHILDREN

laboratoire
de la Mer

Importer & distributor:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 104 Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 82/2021/1

الغوان
استيراد شركة ستار التجاره الدولي
مبنى رقم 56 - شارع 104 المعادي
القاهرة مصر
رقم التسجيل 82/2021/1

BOTTU SA
PPC: 96 DH 80

Code ACL : 5373289



1210

2023-04

2026-03



3 564300 001756

CurAler®

Spray nasal

Confort nasal



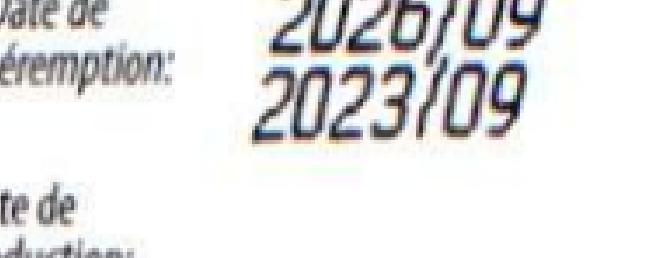
Flacon

Pulvériseur

DISPOSITIF MÉDICAL

30 ml

Thérapharm
LABORATOIRES



8 055515 900842

LOT Lot n°:

WT761

2026/09

2023/09

Date de péremption:

Date de production:

PPC : 79,50 dh