

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 |

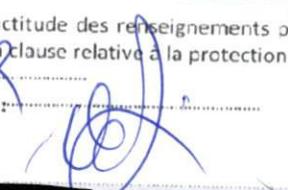
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-537568

56419

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 03508			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDELLAH RAHMANE			
Date de naissance : 1950			
Adresse : RUE 528 N°17 ERAC BOUAFRA GNAIE			
A GADIR			
Tél. : 0666603121 Total des frais engagés : 584 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie :	
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 : A GADIR Le : 12/01/2021
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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IMAM AL BOURHANI Dr. BICKELBACH FATHI TOE AVANTAGE AU SOIN DE LA SANTE ET AU BIEN-ETRE DES HOMMES TUNISIE	12/01/2021	58,00

PHARMACIE
IMAM AL BOUHASSI
Dr. BOURABAH
TOURASSIEN FATHIA
TOURASSIEN SOUAD
TOURASSIEN SAWAFI
TOURASSIEN SAWAFI
TÉLÉPHONE : 05 38 22 40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

LADIES APLIQUÉS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

The diagram illustrates the internal aspect of the human mandible (lower jawbone). It shows the body of the mandible with its rami and a symphysis at the bottom. Numbered circles (1 through 8) indicate the locations of various foramina (openings) on the inner surface of the bone. These foramina are arranged in two main rows: one near the rami and another along the body of the mandible. The numbers correspond to the following approximate locations from top to bottom and from left to right: 1 (near the symphysis), 2 (near the first molar area), 3 (near the second molar area), 4 (near the third molar area), 5 (near the second molar area), 6 (near the first molar area), 7 (near the symphysis), and 8 (near the symphysis). Arrows point from the labels D, G, and B to the respective axes of the diagram.

(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

Facture N° 20210111-516

Date de vente : 12/01/2021
Médecin traitant :

EL YAZIDI ABDERAHMAN

AGADIR, Maroc

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-huit DHS



INDOCOLLYRE® 0,1%

أندوكولير® 0,1%

أندوميتاسين / Indométacine / قطرات بشكّل محلول / collyre en solution

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

COMPOSITION : Indométacine : 0,10 g

Excipient (thiomersal, arginine, hydroxypropylbétacyclodextrine, acide chlorhydrique concentré, eau purifiée) q.s.p. 100 ml

Excipient à effet notable : thiomersal

المكونات: آندوميتسين 0,10 غ، السواغات (ثيومرسال، أرجينين، هيدروكسبيروبيل بيبتا سيلوكادكسترين، حمض كلور هيدريك مركز، ماء مطهر) ك.ك. 100 مل.

فَارُورَةٌ سُعْيَةً 5 مل / Flacon de 5 ml
يُصْرَفُ بِمَوْجَبٍ وَصَفَةٍ طَبِيعَةٍ / Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المحددة

Instiller dans l'œil / في العين

دواء مرخص تحت الرقم / Médicament autorisé n° 341 953-8

الخواز: 17/98/17J066/096 DE Algérie n° /

AMM Tunisie n° : 5283121

Détenteur de la DE/ de l'AMM :

مكتب التسويق، حماة الشخصية.

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse – CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2, France

Fabricant et conditionneur

القصيدة الفخرية

العنوان: www.english-test.net

LABORATOIRE CHAUVIN
31, Bld. de l'Alma

Z.I. Ripotier Haut

07200 AUBENAS – France

AMM-N-133/19/DMP/21/NRQDNM

PPV 58,00 DHS

ZENITH PHARMA

INDOCHINYL 0,1%

LOT/Date
H5152
FABA/Category
10-2018
EXP/Expiry Date
03-2022