

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-602802

60505



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7707

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

FAHLLI KHALID

Date de naissance :

30/07/1961

Adresse :

Hay Oods, Res. FAJR, IRMID, N°5, BERNONECI, CASABLANCA

Tél. :

0514 95 39 60
0514 35 67 67

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/05/2021

Nom et prénom du malade :

FAHLLI KHALID

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pneumopathie

Bacterielle

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 :

05/05/2021

Le : 05/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

05/05/2021

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
05/01/21	6		30.000	INP : 11111111111111111111111111111111 Cabinet Médical N° 123456789 Dr. CHEVADADE Médecin Généraliste Pédiatrique 52 44 48 00 07 95 21 SE INPAU, 1-4503

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Avenue Chardy 08 B.P. 2801 Abidjan 08 Tel: 20 21 66 01 / Fax: 20 24 22 13 Cel: 49 79 88 45	05-01-2007	12 820

CABINET MEDICAL NADINE

DR CHEHADE ADELL



Médecine générale

Pédiatrie

Tél.: 22 44 46 46

Cel. : 07 95 21 85

N° O.N.M.C.I. : 4593

Abidjan, le 05/01/...

ORDONNANCE MEDICALE

Patient (e): 1^{er} FATHI khaled

① Phisodol 500 mg 1x 500 (1)
100 - 3

② Smolin Predni 20 mg 1x 50 (1)
300 - 50

③ Co. amox 150 mg 1x 2 (1)
100 - 2

Total = 12.820 XOF

Cabinet Médical Nadine
Dr. CHEHADE ADELL
Médecin Généraliste / Pédiatrie
Tél.: 22 44 46 46 / 07 95 21 85
N° O.N.M.C.I.: 4593

pharmacie Avenue Chard
08 B.P. 2801 Abidjan 08
Tél: 20 21 66 01
Fax: 20 24 22 13
Cel: 49 79 88 45

NB : Prière d'apporter l'ordonnance à la prochaine consultation



CABINET MEDICAL NADINE

Cabinet de consultation de pédiatrie et de médecine générale

N° CC : 1108410 F

Régime d'Imposition : Réel Normal
Centre des Impôts : Cocody

Abidjan-Cocody, Rue du Lycée Technique
03 BP 507 Abidjan 03 - Tél.: 22 44 46 46
Cel: 07 95 21 85 - RC.N° CI-ABJ-2011-A-5144
SGBCI n° 000100 634931 205

Facture N° 0000593

Date : 05/01/21

Client: Mattle

Adressa : KHAKI

Arrêtée la présente Facture à la Somme de:

Trente mille francs

NET A PAYER

3000

La Comptabilité

پریدنی 20[®]

کوپر - پریدنیزولون

20 x

ملع 20
من طریق الفم

قرصا
فوارا
قابل للكسر

مساء ☰ زوال ☰ صباح ☰ مدة ☰



يحفظ من الرطوبة ويعاد غلق
الภาชนะ جيداً بعد كل استعمال

A conserver à l'abri de l'humidité
Reboucher soigneusement le
flacon après chaque prise

Tableau A (liste I)



لا يسلم إلا بوصفة الطبيب
Uniquement sur ordonnance

لا يترك في متناول ومرأى الأطفال
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants
قبل الاستعمال انظر النشرة الداخلية
Lire attentivement la notice interne avant utilisation

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

A conserver à l'abri de l'humidité

PREDNI 20[®]

Cooper — Prednisolone

20 mg
Voie orale

Comprimés
sécables
effervescents

20 x



 COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri 20110 Casablanca
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable

PREDNI 20 mg

20 comprimés effervescents sécables



Formula :

PREDNI 20MG COOPER CPR
8EC EFFV B/20

3.280 CFA



8059362

19/06/20

Sirop

Fluisédal

Benzoate de Méglumine / Prométhazine

FLUISEDAL SIROP FL 125ML

1.930 CFA



006919 3063107 1/10/20

TOUX SÈCHE

Enfant de plus de 2 ans

Adulte

Arôme caramel

ÉLERTÉ

CoAmox Acino™ 1000



Amoxicilline & Acide clavulanique

Antibiotique

12 comprimés pelliculés

Voie orale

PHCIE AVENUE CHARDY SARL U
COAMOX 1000 CP B/12
2289864 4/01/21
7.610 FCFA
MAIS ALIMENTAIRE



CoAmox Acino™ 1000

12 film-coated tablets
12 comprimés pelliculés

 **acino**
Switzerland

PHARMACIE AV. CHARDY

DR LY DJENEBA

TEL: 20 21 66 01 / FAX: 20 24 22 13

Reçu n° 172 415

05/01/2021 17:27

C: MME AKE - V. MME AKE

FLUISEDAL SP 125ML

3063107 / 1930x1 1930

PREDNI 20MG CP EFFV B/20

8069362 / 3280x1 3280

COAMOX 1000MG CP B/12

8042357 / 7610x1 7610

Cash : 12820

TTC : 12820

Versé : 20000

Rendu : 7180

Règlement : ESPEC

VOTRE PARTENAIRE SANTE ET BIEN
ETRE