

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-520194

71312

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

SAF

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL SAFI TOURIA

Date de naissance :

10-12-1955

Adresse :

335 Bd YACOUB EL MASSOURI

Tél. :

066 13 21 737 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/13/2021

Nom et prénom du malade :

Mme EL SAFI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Polyarthrose

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 : 02/10/2021 Le : 02/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08-3-2017	09	300.00		INP : OBNOBT077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Cachet du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORTIE Mme LAKHASSI THERESA 33, Bd RICOUR ET THIBAULT 75019 PARIS	02/03/2021	631,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} \text{H} \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \text{D} \quad \text{G} \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \text{B} \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Flex-Tonic®

Le confort articulaire

Composition par comprimé :

Vitamine C 60 mg (75% des A.R*)

Collagène non dénaturé de type II 40 mg (UC-II®)

Silice 10 mg (dont Silicium 4,6 mg)

• Lot des ingrédients : Epaisseur 1,1 mm. Phosphate de calcium, Cellulose microcrystalline, Vitamine C, Collagène non dénaturé de type II, Enveloppe HPMC (Hydroxypropylmethylcellulose), Cellulose microcrystalline, Epaisseur 1,1 mm. Croscarmellose sodique

Dioxyde de silicium, Anti-agglomérant : Sératate de magnésium.

Conseil d'utilisation : 1 comprimé par jour.

• Voie orale.

• Tenir hors de portée des enfants.

• Respecter la dose recommandée.

• Ce produit ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain

• Poids net : 15,5 g.

* Apport Journalier Recommandé

Lot:
DLC:

FTA09/19
09/2022

P.P.C : 183,00 DH

UC-II

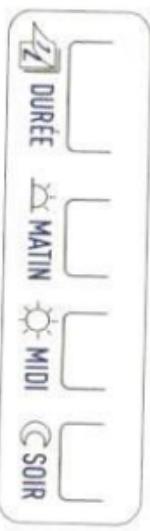
Complément alimentaire n'est pas un médicament

Distribué au Maroc par Pharmhygiène
9, rue Rahal Meskini - FES

Laboratoire SYNERGIA - 43500 BEAUNE SUR ARZON
Tél. 00 33 (0)4 77 42 30 10 - www.flextonic.fr

Autorisation du ministère de la santé N° : DA 2018 607446DMP/20UCA/NAV2

LOT 190816
EXP 01/2022
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

ODES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Médicament

X 84

1 gélule/repas

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

400 mg

Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS₄ - ACS₆)

Traitements symptomatiques à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires
Genevrier

Titulaire / Exploitant :

Laboratoires Genevrier

280, rue de Goa – Z.I. Les 3 Moulins

Parc d'activités de Sophia Antipolis

06901 Sophia Antipolis Cedex – France

Fabricant :

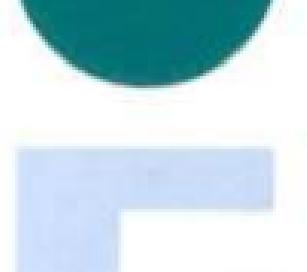
IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia, 2

26900 LODI - Italie

Médicament autorisé n° 3400933591731

Paracétamol / Thiocolchicoside



Boîte de 20 comprimés

 POLYMÉDIC

BUOKOL 500mg/2mg 

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37,00

29,00

7,5 ملخ

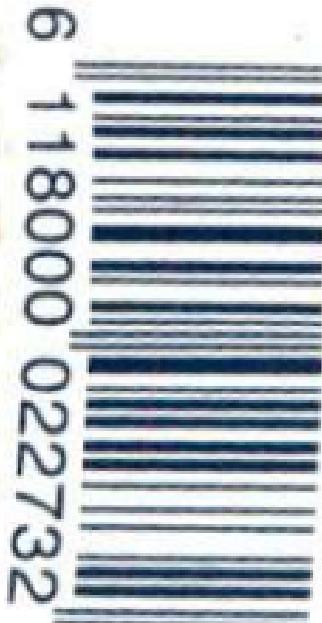
عن طريق الفم
10 أقراص



ألووكسيما®
ميلوكسيكام



ALOXIA® 7,5 mg
10 comprimés



6 118000 022732

سوطاما
Sotthema



المدة صالح أكتوبر سد، فيل بعد