

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5672

Société : Assas

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL SAFI Tounia

Date de naissance : 10-12-55

Adresse : Fedan

Tél. : 0661321737 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/06/2021

Nom et prénom du malade : DR EL SAFI Tounia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gonalgies droites

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 :

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 Médéric attestant le Paiement des Actes
20-6-2021	CS	30000	Dr. EL FATHI Professeur de Médecine et Réadaptation à l'Université de Tunis Pathologie	
				INPE: 09 1037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme LAMBERT ASSISTANTE PHARMACEUTIQUE PHARMACIE DES TROIS RIVIÈRES</i>	20/04/2021	828.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

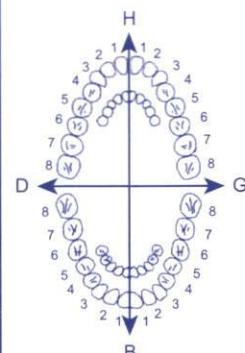
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

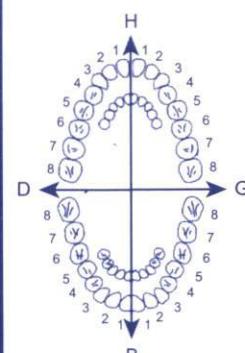
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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'EXECU

ORDONNANCE

Dr. EL FATIMA Abdellatif
 Professeur de Médecine Physique
 et Réadaptation Fonctionnelle
 Path-appl Locomoteur Podologie

Dr. EL FATIMA Abdellatif
 Professeur de Médecine Physique
 et Réadaptation Fonctionnelle
 Path-appl Locomoteur Podologie

05/04/2021

283,00 x 2

M^{me} EL SAFI Tania.

1^o Chondrosulf 600:



1x 8/jx 3 mois.



2^o Dazer :

1x 3/jx 15 j.

3^o Nociceptol :

1x 2/jx 10 j.

Dr. EL FATIMA Abdellatif
 Professeur de Médecine Physique
 et Réadaptation Fonctionnelle
 Path-appl Locomoteur Podologie

PHARMACIE
Mme LAKHACHE DE L'ORIENT
 213, Bd Yacoub El TABBARA
 Tel.: 0522 36 75 51
 Casablanca

34,00

4^o Myosalgic q: 1/jx 10 j.
 99,00

5^o Oedès 20 mg : 1/jx 1 mois.

82,00

6^o Voxcid 100 : 1x 8/jx 10 j.

Suivez les conseils du médecin et du pharmacien
Liste I

اباع نصائح الطبيب والصيدلي

LOT: 10023
PER: 12/22
PPU: 82,00

DH

20 كبسولة

VOXCIB® 100 mg
20 gélules



فوكسيب®
سليلوكسيب 100 ملغ

عن طريق الفم

Médicament

X 84
1 gélule/repas

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



6 113001 271214
PPV : 283,00 DH

Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS₄ - ACS₆)

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou

Laboratoires
Genevrier



CIP 3400933591731

LOT 200201

EXP 02 2023

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

Pantone 375 C
Pantone 356 C
Pantone process blue C
Pantone 294 C
Pantone Cool Gray 9 C
Grigio 432 C

Médicament autorisé n° 3400933591731

(F) 3291

درايin 10.000 وحدة

سرابيتاز

40 فرضا ملبيسا

معدني - مقاوم

عن طريق الفم



مختبرات سنتيمديك
20 - 22 زنقة زبیر بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

مكونات - كافية الاستعمال
ارشادات - حالات عدم الاستعمال
انظر البيان

351038-03

6 118000 181064

40 comprimés entropes gastro-resistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

عن طريق الفم
20 ملجم



أوديكس®
أوهيبرازول

حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

28 X

مساء
النهار
صباح
ليل
ليل
مساء
ليل
ليل
ليل

OEDES 20mg
28 gélules



6 118001 100088

LOT 181764

EXP 08/2021

PPV 99.00DH

COOPER
PHARMA