

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005167

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5672 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL SARI Date de naissance : 10.12.55

Adresse : IDEN

Tél. : 0661321137 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/10/2019

Nom et prénom du malade : Mme ELSARI Age : 64 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Neurologies cervicobrachiales bilatérales et garytiques

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) : Z



## 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                                                                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-10-19         | CS                |                       | 300,00                          | L.F. EL FATHI<br>Professeur de Médecine Physique<br>et Réadaptation Fonctionnelle<br>Patho-écomotrice Podologie<br>INP : 09103707 |
| 15-10-19        | Contrôle Gout     |                       |                                 |                                                                                                                                   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                           | Date     | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| G<br>GILDISS<br>SSIBARAL<br>Mansour - Casablanca<br>622 36 75 51 | 15/10/19 | 1046,40               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

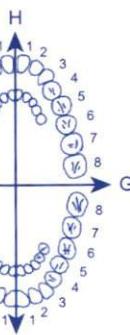
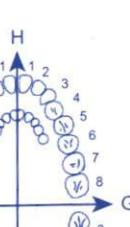
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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

| SOINS DENTAIRES                                                                                 | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------|
|              |                                           |                           |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                                 |                                           |                           |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                                 |                                           |                           |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                                 |                                           |                           |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                                       | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                         |
|             | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D<br>00000000                                                                                   | G<br>35533411                             | B<br>11433553             |             | MONTANTS DES SOINS      |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                           |                           |             | DATE DU DEVIS           |

# ORDONNANCE

le 15-10-19

Mr/Mme ELSAFI Touria

283,00x3



1<sup>o</sup>/ Chondrosulf 500 mg:

1x3/jx 1 mois

288823 puis 1x2/jx 2 mois



2<sup>o</sup>/ Vitanevit fort:

1x3/jx 1 mois

37,00x3

3<sup>o</sup>/ Duoxol 500:



106611/1  
1x3/jx 15/j

Dr. EL FATHI Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Patho-appli Orthopédie Podologie

Cachet du médecin



# Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

400 mg

X 84  
1 gélule/repas

Traitements symptomatiques à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires  
Genevrier

CIP - 3400933591731

LOT 180802

EXP 08 2021



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



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

Médicament autorisé n° 3400933591731

**Titulaire / Exploitant :**  
Laboratoires Genevrier S.A.  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

# Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

400 mg

X 84  
1 gélule/repas

Traitements symptomatiques à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires  
Genevrier

CIP - 3400933591731

LOT 180802

EXP 08 2021



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



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

Médicament autorisé n° 3400933591731

**Titulaire / Exploitant :**  
Laboratoires Genevrier S.A.  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

# Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

400 mg

X 84  
1 gélule/repas

Traitements symptomatiques à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires  
Genevrier

CIP - 3400933591731

LOT 180802

EXP 08 2021



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



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

Médicament autorisé n° 3400933591731

**Titulaire / Exploitant :**  
Laboratoires Genevrier S.A.  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

~~DUOXOL~~

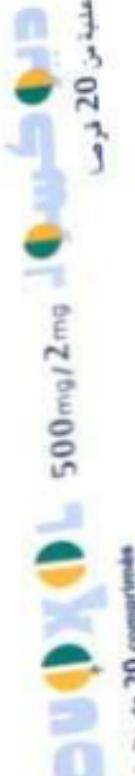
Paracétamol / Thiocolchicoside

~~500mg / 2mg~~

~~Voie orale~~

~~Boîte de 20 comprimés~~

~~POLYMÉDIC~~

  
POLYMÉDIC  
Boîte de 20 comprimés

~~37,00~~

~~DUOXOL~~

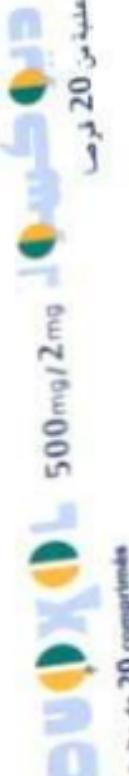
Paracétamol / Thiocolchicoside

~~500mg / 2mg~~

~~Voie orale~~

~~Boîte de 20 comprimés~~

~~POLYMÉDIC~~

  
POLYMÉDIC  
Boîte de 20 comprimés

~~37,00~~

~~DUOXOL~~

Paracétamol / Thiocolchicoside

~~500mg / 2mg~~

~~Voie orale~~

~~Boîte de 20 comprimés~~

~~POLYMÉDIC~~

  
POLYMÉDIC  
Boîte de 20 comprimés

~~37,00~~

قو<sup>م</sup>ي



# قيمة نقريل قوي

بنفوتامين 100 ملخ

30 حبة ملمسة

عن طرق الفم

28,80

PPN

LOT

PER



قو<sup>م</sup>ي



# قيمة نقريل قوي

بنفوتامين 100 ملغم

30 حبة ملمسة

عن طريق الفم

28,80

PPN

LOT

PER



قو<sup>م</sup>ي



# قيمة نقريل قوي

بنفوتامين 100 ملخ

30 حبة ملمسة

عن طرق الفم

28,80

PPN

LOT

PER

