

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-775891

246522

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8783	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL KASSIMI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 22-12-1966			
Adresse : 8 RES ESSAOUY Bd OUN RABII MAZOUA CASA			
Tél. :	066 115 5656	Total des frais engagés :	1294,- Dhs

Autorisation CNDP n° A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin	Dr. CHBANI Abdellah
Cachet du médecin	Médecin du Travail
23 JAN 2023	Hôpital My Youssef - Casa
OCCUE	INPE : 91031500
Date de consultation :	02-01-2023
Num et prénom du malade :	EL KASSIMI Mohamed Age: 56ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection respiratoire
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 : Casablanca Le : 02/01/2023

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
	Ca		G	INP : 091031500 Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Casa INPE : 91031500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ACIE DAK EL KONZ R. BIDDA Bajaa Prince SAID DR BOUAZZI 2011-2012-645	02/07/23	232,50 Dh.

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

REFLEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-G loop structure. It features a central alpha-carbon (C_α) at the bottom, connected by a horizontal line to a vertical backbone chain. The backbone chain consists of carbonyl groups (C=O) and amide linkages (NH-C). The side chains (R groups) are attached to the carbons: R₁ is a methyl group (CH₃) at C₁, R₂ is a methyl group (CH₃) at C₂, R₃ is a phenyl group (-Ph) at C₃, R₄ is a methyl group (CH₃) at C₄, R₅ is a methyl group (CH₃) at C₅, R₆ is a methyl group (CH₃) at C₆, R₇ is a methyl group (CH₃) at C₇, R₈ is a methyl group (CH₃) at C₈, R₉ is a methyl group (CH₃) at C₉, R₁₀ is a methyl group (CH₃) at C₁₀, R₁₁ is a methyl group (CH₃) at C₁₁, R₁₂ is a methyl group (CH₃) at C₁₂, and R₁₃ is a methyl group (CH₃) at C₁₃. The labels H and G are positioned above and below the backbone respectively.

[Création, remont, adjonction]

Éthique et rôle social de l'ophtalmologue

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Casa Le 02-01-2023



M ELKASSIMI Mohamed

10,00 DZ / Azix 500 n°2
1 cp/j pdt 8j



20 - 2 / DeliGrippe sachet
1 sachet x 3 | j



53,10 3 | Relaxol 500
1 cp x 3 | j

$\text{F} = 232,50 \text{ Dh}$

PHARMACIE DAP-EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence Dap-El Kenz
101-1 Imm. E2 Tel : 0520 28 69
INPE : 092104645

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Pfizer

زيتروماكس*

أزيترووميسين

أقراص - مزج معلق للشرب - أكياس (مسحوق لزيج معلق للشرب)

تعليمات علاجية :

زيتروماكس مضاد حيوي من صنف الأزيليد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على التهاب

مضادات الاستطباب :

- حساسية للأزيترووميسين أو أي مما
- ضعف في وظيفة الكبد

تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساسية
- حساسية عند الاستطباب بالمضاد
- أيام عدم وجود معطيات علمية يد

احتياطات الاستعمال :

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج
- * ضعف في وظيفة الكبد.
- * ردود فعل حساسية.
- * اضطرابات جلدية ناجحة عن حالة

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، في:
- ردود فعل حساسية، حكة، طفح

المقادير :

- التقىد بوصفة الطبيب

- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كيلو : قرص واحد من عيار 500 ملغم في اليوم لمدة 3 أيام

- للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كيلو : 10 ملغم/كيلو وزنا يومياً لمدة 3 أيام.

كتفحة الاستعمال :

زيتروماكس
أزيترووميسين

500 mg / أقراص 3

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 114 000 250500

U.T.A.V. : 07 2024 P.P.V.
LOT N° : 6 J 8591

093660304



زيتروماكس*

أزيترووميسين

أقراص - مزيج معلق للشرب - أكياس (مسحوق لمزج معلق للشرب)

زيتروماكس مضاد حيوي من صنف الأزليد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على التعفنات الناجمة عن جراثيم يؤثر عليها.

تعليمات علاجية :

مضادات الاستطباب :

- حساسية للأزيترووميسين أو أي ماكروليد
- ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساس
حساسية عند الاستطباب بالمض
أمام عدم وجود معطيات علمية.

احتياطات الاستعمال

- يجب إحاطة علم الطبيب الم
ضد في وظيفة الكبد.
- ردود فعل حساسية.
- اضطرابات جلدية ناجمة عن حال

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، فـ
ردود فعل حساسية : حكة، طـ

المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنـ
- للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كـ

كيفية الاستعمال :

زيتروماكس
أزيترووميسين

500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



مدة 3 أيام

P.P.V.
7 9 7 0
7 9 2 4
0 7 2 0 2 4
LOT N°: G J 8 5 9 1
UT.AV:

09366030/4



PPV:20DH00
PER:07/25
LOT:L2619

፩

የኢትዮጵያ - ከተማ - የሰውን ቢሮ - የሰውን ስራ - የሰውን ስራ

የሰውን ስራ



የሰውን የሰውን ስራ

የሰውን

የሰውን ስራ

የሰውን

የሰውን ስራ

የሰውን
8/25/20

የሰውን የሰውን ስራ - የሰውን ስራ - የሰውን ስራ

የሰውን