

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- N° 000271

147188

Matricule : 1853 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAKACH MED NAJIB

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : BLOC EG RUE NE 4 MAISON NE 99

CITÉ DAKHLA ARR. 012

Tél. : 0662 32 31 24 Total des frais engagés : 316,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/23

Nom et prénom du malade : Mme HADIANI Souad Age : 62ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 : DAKHLA Le : 01/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : SIMOU Mohamed Fakir

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/01/23			-150DH	Mohamed AIT BEN HADDOU Médecin généraliste N° d'ordre : 1425 N° de l'Ecole : 14 Signature
				IMP: 00000211

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/23	162.70

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 pratique 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'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch, likely representing the upper arch, with the following details:

- Upper Arch:** Labeled 'H' at the top. It contains 12 numbered teeth (1 through 12) and 8 dental symbols (Y, V, 1, 2, 3, 4, 5, 6).
- Lower Arch:** Labeled 'D' at the bottom. It contains 12 numbered teeth (1 through 12) and 8 dental symbols (Y, V, 1, 2, 3, 4, 5, 6).
- Legend:**
 - Numbered Teeth:** Represent primary teeth.
 - Dental Symbols:** Represent permanent teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SIMOU Mohamed Jamil
OMNIPRAICHIEN

D.U du diabétologie Paris 13 France
D.U de Nutrition Paris 13 France
D.U de médecine du travail
et d'ergonomie (Rennes) France
Echographe générale
ECG
Médecine Générale
Agree par l'état pour l'obtention du
permis de conduire

الدكتور محمد جمال جملي
الطب العام

دبلوم في داء المكربى من جامعة باريس 13 فرنسا
دبلوم في التقنية و الحمية من جامعة باريس 13 فرنسا
دبلوم في طب الشغل من جامعة رين فرنسا
دبلوم في اللحص بالصدى - تحطيم القلب
دبلوم جامعي في الطب العام
طبيب معتمد للشخص الطبي للمعايير

Dossier N° 742/22

Agadir le: 04/01/23 أكادير في:

NOTE D'HONORAIRE

..... 150 DH

INP : 041002411

(Mme), () : ... HADJANI Souda

dr. signature :

Dr. SIMOU Mohamed Jamil
OlivNI Praticien
DIU Diabetologie et Nutrition
Inn. Tifrit Angle Rue de la Foire
Bd. Hassan II 1er Etage N° 14
tel: 0528820220 - dr.smj.agadir@gmail.com

عمراء تترى ملتقى زنقة المعرض شارع الحسن الثاني - الطابق الأول رقم 14 - أكادير

Inn . Tifrit, Angle Rue de la Foire, Bd. Hassan II 1^{er} étage N° 14 -Agadir
Tel : 05 28 82 02 20 E-mail : dr.smj.agadir@gmail.com

Dr SIMOU Mohamed Jamil
OMNIPRAICIE

D.U du diabétologie Paris 13 France
D.U de Nutrition Paris 13 France
D.U de médecine du travail
et d'ergonomie (Rennes) France
Echographe générale
ECG
Médecine Générale
Agrée par l'état pour l'obtention du
permis de conduire

الدكتور سيمو محمد جميل
الطبيب العام

دبلوم في داء السكري من جامعة باريس 13 فرنسا
دبلوم في التغذية والحمية من جامعة باريس 13 فرنسا
دبلوم في طب الشغل من جامعة برين فرنسا
دبلوم في الفحص بالصدى - تخطيط القلب
دبلوم جامعي في الطب العام
طبيب معتمد للشخص الطبي للسيارة

ORDONNANCE

Agadir, le : 04 01 23

N° Nadiam sanda

53.10

Relaxol 14.3/



PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: n°42007377

Relaxol 14.0 fc

I gel 125

105.0 Juventum

1 amp/

162.10

Dr. SIMOU Mohamed Jamil
D.UU Diabétologie et Nutrition
D.UU Médecine du travail et Ergonomie
1er étage rue Hassan II 14^e Agadir
Tél: 05 28 82 02 20 - E-mail: dr.smj.agadir@gmail.com

عمراء ترتىت ملتقى رقم شارع الحسن الثاني - الطابق الأول رقم 14 - أكادير

Imm . Titrit, Angle Rue de la Foire, Bd. Hassan II 14^e étage N° 14 - Agadir

Tél : 05 28 82 02 20 - E-mail : dr.smj.agadir@gmail.com

Relaxol® 500mg/2mg

Paracétamol/Thiocolchicoside

Voie orale

20 Comprimés

Composition :

Paracétamol 500 mg
 Thiocolchicoside 2 mg
 Pour un comprimé.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.



SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.
Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés par prise minimum 4 heures d'intervalle. Ne pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis médical.

LOT :22E005
PER.:01 2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V :53DH10



6 118000 060833

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance - liste | يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لاتحة |

Relaxol 500mg/2mg

