

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5672

Société : 121680

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL SAGI

Jmri

Date de naissance : 10-12-1955

Adresse :

Tél : 0661321737 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

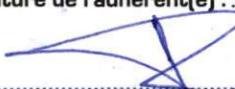
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE L'ORIENT Mme LAKMSASSI ABBARA Latifa Route El Mansour - Casablanca Tel: 0522 56 15 51	15/06/22	52 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental landmarks or points of interest. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; the lower row has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom serves as a reference for orientation.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT

Madame Lakhsassi Tabbara



213, Bd YACOUB EL MANSOUR

PHARMACIENNE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE
PHARMACIE DE GRENOBLE

TÉL. : 36.75.51

R. C. N° 137.142 CASABLANCA

CASABLANCA LE

15/06/22

M^{me} EL SARI Tonin
n^o 5622 DOIT

Quantité	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Doliprane 1g	14,00	14,00
1	Pulmoflant	18,00	18,00
1	Zucrom ST	20,00	20,00
			<u>52,00</u>

م^{me} LAKHSASSI TABBARA statifa
PHARMACIE DE L'ORIENT
213, Bd YACOUB EL MANSOUR Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

3 sachets
Pour adultes
Voie orale

Zucam®

Paracétamol + Acide ascorbique + Phéniramine + Phenylephrine

Granulés

- RHUME
- ETATS GRIPPAUX
- ETATS FÉBRILES



10 sachets

Zucam®

Granulés

LOT N° :

UT. AV :

P.P.V. (DH) :

05/2023
20.00
Shop OP

PPV : 14DH00
PER : 01/25
LOT : L257

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

45x18x97

Doliprane®
1000 mg

ADULTE
10 Comprimés
bottu s.a.

ADULTE
10 Comprimés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION
VOIE ORALE, les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

דִּיןְתַּיְלָנְדָה : תֵּבֶן לְבָנָן
• לְבָנָן 20110 תֵּבֶן לְבָנָן נְסָעָה 41

דִּיןְתַּיְלָנְדָה 1933

תֵּבֶן לְבָנָן

COOPER

תֵּבֶן לְבָנָן

תֵּבֶן לְבָנָן
תֵּבֶן לְבָנָן מְשֻׁמָּן

תֵּבֶן לְבָנָן 150 ₪

תֵּבֶן לְבָנָן

תֵּבֶן לְבָנָן

תֵּבֶן לְבָנָן, תֵּבֶן לְבָנָן, תֵּבֶן לְבָנָן, תֵּבֶן לְבָנָן,

תֵּבֶן לְבָנָן

תֵּבֶן לְבָנָן

תֵּבֶן לְבָנָן

PPV (DH) : 18,00

LOT N° :

UT. AV. :

pulmofluide®
simple