

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091152 Société : RAM ND 590 D

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY Bonabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : R43 Balomar Delli Esc 5 Apt 20 Case

Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 5.1.2023

Nom et prénom du malade : ZAHIDY BONABID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bonabid

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 : 05.01.2023

Le : 5.1.2023

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
21/12/2012	21/12/2012		200,-	<i>Dr. OUKILI FI HAFID</i> CABINET MEDICAL Dr. S. E. M. Dr. Hafid 30, Bd. d'Alsace - 67000 Strasbourg Tél: 03 88 22 45 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE KHMELNIK</i> Boulevard de l'Industrie 10 Télé: 05 22 45 25 24	10.01.2013	288,-

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G		21433552 00000000 00000000 11433553
	B				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

نبع ملء

مسحوق لتنقية الشفاف

أكياس ١٠

مختبرات الصيدلية فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

٢٢,٣٠

AULCER®

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

LOT:22064
PER:12/2024
PH:32.90 DH



14 gélules

Voie Orale



Laboratoire pharmaceutique IBERMA

ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc

Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

CENTRUM, S.A. Espagne

Groupe A.S.A.C

NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



04/18

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.
Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à une
température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.
Sous ordonnance médicale. Tableau C (Liste II)

يحفظ به بعيدا عن نظر و متناول الأطفال.

[اقرأ النشرة قبل استخدام هذا الدواء،
يحفظ بهذا الدواء داخل علبة الأصلية عند درجة حرارة أقل من 30

درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة،
تحت وصفة طبية. الجدول من (الدرجة II)