

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2033 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : El Bazi Saïd

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fouad Bazi
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implantologie
45 Rue Atlas Maârif Casablanca
Tel: 0522 98.20.94-0522 98.20.95

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/09/2019

BAZI Said
MUPRAS
ACCIDENT

RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

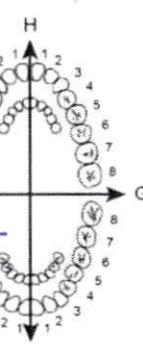
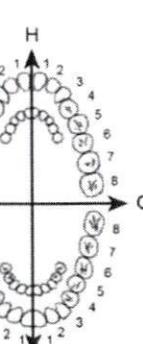
W 19. 459760

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 168 881 888
		Devitralisation 4F		COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D 20</u>
		Amalgame	0 20	MONTANTS DES SOINS <u>500,00</u>
		Dr. F. G. Docteur en CHIRU Spécialiste en PROTHÉSES Spécialiste en ORTHOPÉDIE 45, Rue de l'Alma Tél: 0522 98.20.91		DEBUT D'EXECUTION <u>19/09/15</u>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION <u>26/09/15</u>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire

Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



الدكتور فؤاد التازي

طبيب اخصاصي في جراحة الفم والأسنان

اخصاصي في زرع وتقويم الأسنان

للصغرى والكبار

Casablanca le 26/09/2019.

IF : 40707044.

ICE : 001713126000048.

INP : 094012986.

Facture : Mr El Bazi Said.

Dévitalisation + Amalgame (47) : 500.00dhs.

Dr. Fouad TAZI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implantologie
45, Rue Atlas Maârif-Casa
Tél: 0522 98.20.94-0522 98.20.95

45, Rue Atlas, 2^{ème} Etage, Maârif, (Au dessus de la COLOMBE D'OR)
Casablanca - Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95



Guia de tratamento da prescrição n.º: *101100046023570908*

Data: 2019-08-23

Guia de Tratamento para o Utente

Não deixe este documento na Farmácia

Utente: SAID EL BAZI

Código de Acesso e Dispensa: *381858*

Código de Opção: *1974*

Local de Prescrição: LPEUPS NORTE

Prescritor: JORGE PAIVA RODRIGUES

Telefone: 963012396

DCI / Nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da prescrição	Encargos*
1 Amoxicilina + Ácido clavulânico, 875 mg + 125 mg, Comprimido revestido, Blister - 16 unidade(s) 1 comprimido de 12 em 12 horas	1	2019-09-22	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 1,80, a não ser que opte por um medicamento mais caro
2 Ibuprofeno, 600 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 20 unidade(s) 1 comprimido de 12 em 12 horas	1	2019-09-22	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 1,61, a não ser que opte por um medicamento mais caro

*Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:

- Consulte «Pesquisa Medicamento» em www.infarmed.pt ou «Poupe na Receita» no seu telemóvel
- Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00)
- Fale com o seu médico ou farmacêutico.

Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

1



2





801000000430846840X

Utente: *Seidl Bozi*

N.º de Utente: *997664185*

Telefone: *8888888888*

Entidade Responsável: *SNS*

R.O.: *RR*

N.º de Beneficiário: *8888888888888888*

D11580
Dr Soraia Pereira



D4Gh0RdX

Especialidade:

Telefone:

farmacêutica, embalagem

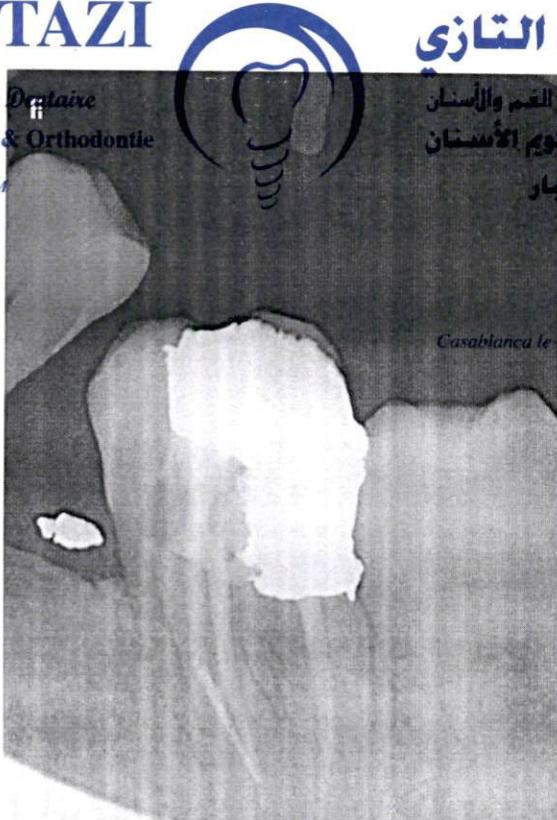
Mega simile
Casa da Farmácia
Local de Prescrição
0219958200
Ribeira Shopping, Rua 000
340-168 São Pedro Tel: 21802800
Nº Extenso

1	<i>Clorixine 300 mg</i>	<i>d m</i>
2	<i>Exxiv 90 mg</i> <i>rcp. 1 dia 13 dics</i>	<i>d m</i>
3	<i> </i>	<i> </i>
4	<i> </i>	<i> </i>
Posologia: 30 dias		<i>(Assinatura do Médico Prescritor)</i>
Data: <i>27-08-2012</i>		

Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



Lin
Imaging Software V6, 12, 30, 0

EL Bazji Saïd
47

Dr. Fouad TAZI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implantologie
45, Rue Atlas Maârif-Casa
Tél: 0522 98.20.94-0522 98.20.95

45, Rue Atlas, 2^{ème} Etage, Maârif, (Au dessus de la COLOMBE D'OR)
Casablanca - Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95

de première
Intervention
avant été facilité

d'influence au
Portugal

Niv. Failure.