

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

43528

Déclaration de Maladie : N° P19-0005003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 705902 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

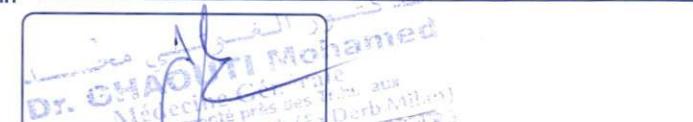
Nom & Prénom : Zefni mounia Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2020

Nom et prénom du malade : Zefni mounia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Colopathie

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
21/09/20	C	1	150 dt	<i>[Handwritten signature and stamp]</i>
				<i>[Handwritten signature and stamp]</i>
				<i>[Handwritten signature and stamp]</i>
				<i>[Handwritten signature and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and stamp]</i>	21/09/2020	151.00 - 272.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate mesial (M), distal			

Dr. GHAYOUTI Mohamed

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Hay Omar Ibn Khattab

(Ex. Derb Milan Rue 7 N° 28)

Tél.:

Cabinet : 05 22 81 54 25

Patente N° : 33701111

CASABLANCA

PER.04 2013
LOT : 20E013

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40

Barcode

6 118000 011460

الدكتور الغوتي محمد

الطب العام

خبير محلل لدى المحاكم

حي عمر بن الخطاب

(درب ميلا سابقا)

الهاتف بـ

العيادة : 05 22 81 54 25

الباتانت : 33701111

الدار البيضاء

Casablanca, le 21 - 09 - 2020

9 - 2- ifri Maria

186.40

1/ Vaseline

35-

69.80

1 - 9 - 2

- 30 -

2 Diction. Syrup

1 ce boite + 2 1

2.40

Apris Repas -

3/ Somme Sachets

27.230 Ad - 31 - 10 -

الدكتور الغوتي محمد
Dr. GHAYOUTI Mohamed

Médecine Générale
Expert Assermenté près ass. au
Hay Omar Ibn El Khattab (Ex. derb Milan)
Rue 7 N° 28 - Casa Tél. C. 05 22 81 64 25

Composition : Dichlorhydrate de triméthiazide 35 mg

Excipients : q.s.p. un comprimé pelliculé à libération modifiée

Indications, contre-indications, posologie et mode d'emploi,
effets Indésirables, précautions d'emploi, interactions
médicamenteuse, surdosage : lire attentivement la notice interne.

Voie orale.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

التركيب : كل comprimé يحتوي على 35 mg
الدواء. اصبع 35 mg ملحوظ عليه ذلك في كل قرص.
دواء مخصوص للاستخدام تحت إشراف الطبيب والجهاز الإسعافي،
أيضاً في المرض. لا يسمى إلا بوصفات الطبيب أو كجهة الإسعاف.
الجرعات : الجرعات الأقصى، العلاجات الدورانية،
أيضاً في المرض. إنما تؤخذ في المرض العلاجات الدورانية
بشكل مناسب وبشكل دوري.

Dichlorhydrate de triméthiazide

Comprimés pelliculés à libération modifiée

VASTAREL® 35 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste 1 : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Route d'Azemoulou, 20100 Casablanca
LES LABORATOIRES SERVEL - France
SERVEL SERVEL MWDC 1mm, ZEVACO, lot FTH 4

VASTAREL® 35 mg

60 Comprimés pelliculés
Dichlorhydrate de triméthiazide

6 118000 100218

DietAZ®

Composition

Sorbitol 40%, Extrait liquide de Curcuma 20%, Eau Purifiée 18,6%, Extrait liquide de Gentiane 10%, Extrait liquide d'Artichaut 2,5%, Extrait liquide d'Anis vert 2,5%, Extrait liquide de Réglinse 2,5%, Extrait liquide de Rhubarbe 2,5%, Arôme Menthe verte 0,85%, Huile essentielle de Menthe poivrée 0,2%, Sorbate de potassium 0,1%, Benzoate de sodium 0,1%, Acide cirtique 0,1%, Huile essentielle de Carvi 0,05%.

DietAZ® 125 ml
Solution digestive



6 111255 810185

Flacon 125 ml

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Solution digestive

DietAZ®

Facilite
la digestion

A utiliser
pure ou diluée

DietAZ®

Propriétés

DietAZ est une solution digestive composée de plantes ayant un effet bénéfique sur la digestion.

Conseil d'utilisation

Agiter avant utilisation.

1 à 2 cuillerées à café à prendre pure ou diluée dans un demi verre d'eau, 2 fois par jour après les principaux repas.

Durée d'utilisation

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Fabriqué en France
PHYTEO Laboratoire
Z.A. LE COMTE
03340 BESSAY SUR ALLIER FRANCE

Pour



4, Rue Al Oukhouane
Beaüsjour
20200 - Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA ES.5.84.15 رقم ترخيص: ES.5.84.15

دیتاز

مساشر و ب مضارع

يستخدم
خاص أو مخفف

LOT 068075 FC4
PER 10/2022
PPC 69,50