

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

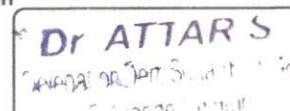
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W19-545323

ND 30456

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	03045	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KAMALI ALI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661337762	Total des frais engagés :	2730,- Dhs

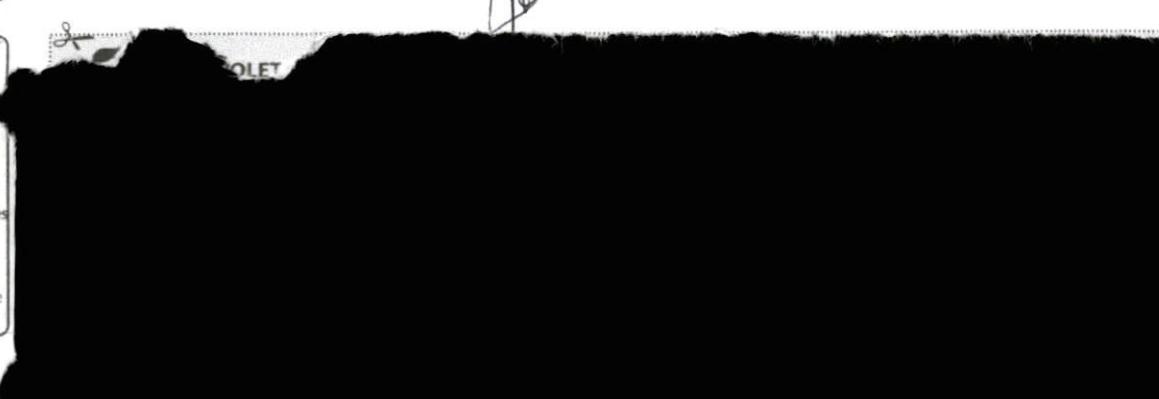
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
25/06/20			
Nom et prénom du malade :			
KAMALI ALI Age: 53			
Lien de parenté :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
DANED			
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 : Casablanca

Le : 25/10/2022

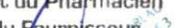
Signature de l'adhérent(e) :



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
25.06.2005	C	Centrale de Santé de Grande Centrale	INP : 0313680	Guy

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/20	2730,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODR.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																					
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																					
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">28533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			H	28533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>		<hr/>		B	00000000	00000000	<hr/>		<hr/>		H	35533411	11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	28533412	21433552																								
D	00000000	00000000																								
<hr/>		<hr/>																								
B	00000000	00000000																								
<hr/>		<hr/>																								
H	35533411	11433553																								
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la prothèse</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																					
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

, Le: 25-06-2020

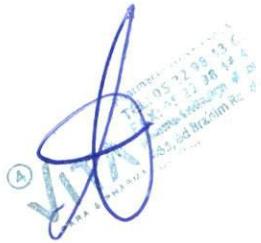
Mr KANALI Ali

390,00 X 7



1- Galnuus Net 50mg / 1000mg
1cp x 3/j (3 mois)

✓ 2730 ₽



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

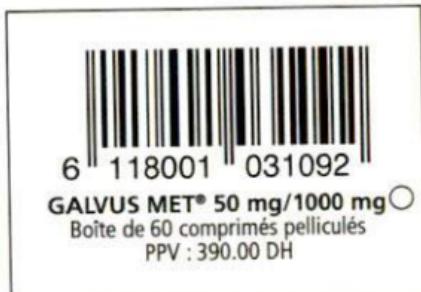
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

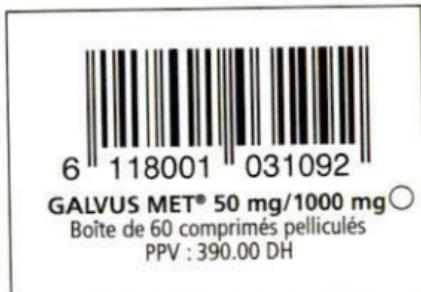
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

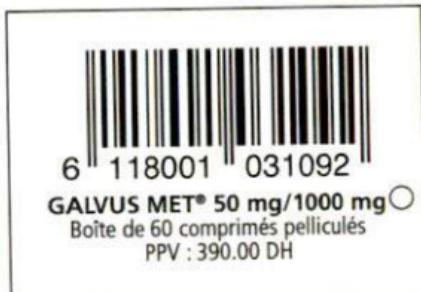
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

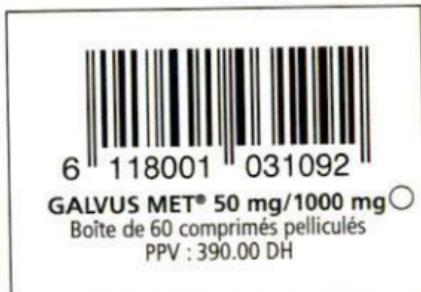
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

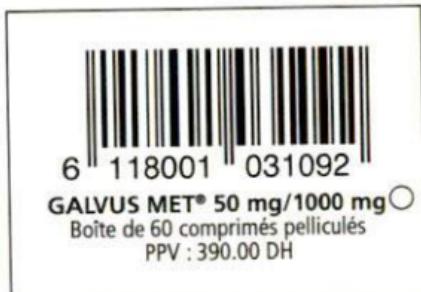
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants

Ne pas conserver au-dessus de 30°C

et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptin و 1000 ملغ من Metformin Hydrochloride
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

