

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

ADAM HSHI

Cadre réservé à l'adhérent(e)

03045

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 41170 Dhs

Société :

RAM

Autre :

KHALFI CHAIMAA

AL

01-11-1965

7 Rue Georges Paul Bourg

CREA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20

Nom et prénom du malade :

104 123

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

Age:

Enfant

Diebete

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 : 04/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

LL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/06/23	C			INP : [REDACTED] KHALFI CHAIMAA Medecin Interne Hôpital M. VEL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[REDACTED]	20/06/23	11A0.-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[REDACTED]	20/06/23	11A0.-	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
[REDACTED]			INP : [REDACTED]
[REDACTED]			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]			DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]			FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]			DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]			DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Dental Occlusion Diagram showing upper and lower teeth with numbered points (1-8) and letters (H, G, D, B) indicating specific points of interest or treatment areas.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

Dental Occlusion Diagram showing upper and lower teeth with numbered points (1-8) and letters (H, G, D, B) indicating specific points of interest or treatment areas.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

cas 1 le 20/06/2023

Fr KANALi Ale

390...x3

- Galenus Net 50mg / 1000mg
1cp x 2/j (3boîtes)

M70.07

Signature

XHALFI CHAIMAA
Spécialiste en Médecine Interne
Hôpital de Montréal - Hôpital Sainte-Justine



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

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

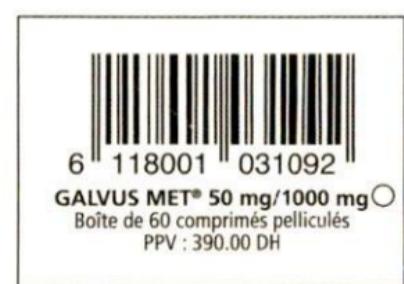
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات





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

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

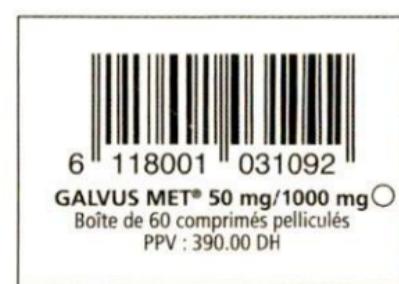
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات





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

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

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

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

