

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03045 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAMALI ALI

Date de naissance : 01-11-1960

Adresse : 7 Rue Georges Saad, 74000 CASABLANCA

Tél. : 0661337762 Total des frais engagés : # 110,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/24

Nom et prénom du malade : KAMALI ALI Age : 64

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. Abdellah

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : ASA

Le : 12/01/24

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
12/01/24		2		CHU Toulouse

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VIT	12/01/24	1170,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

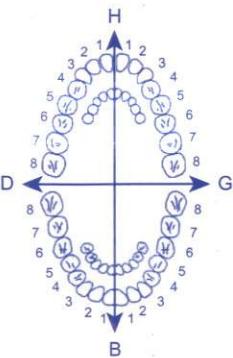
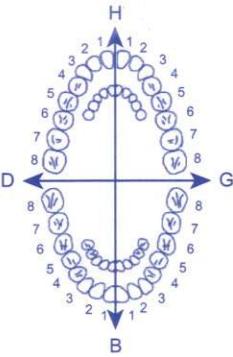
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 12/01/24

ORDONNANCE

Docteur :
Dr. KHALFI.C
CHU Ibn Rochd Casablanca

Mh Kamali Ali

Pharmacie 2010 - SARLAM
TEL: 05 22 90 43 63
FAX: 05 22 90 44 45
05 22 90 44 45
05 22 90 44 45

(390,00 x 3)

1) Galvus met 50 mg | 100 mg

1cp x 2 | J (3 boîtes)

Δ = 1170,00





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

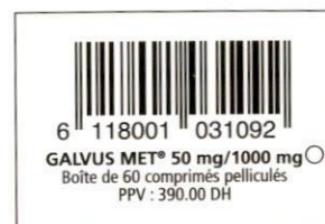
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг من ميتفورمین هیدروکلورید
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine
50 mg/1000 mg



60 Comprimés pelliculés



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 بمحض وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

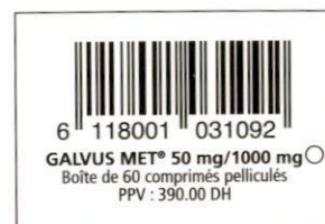
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг من ميتفورمین هیدروکلورید
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine
50 mg/1000 mg



60 Comprimés pelliculés



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 بمحض وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

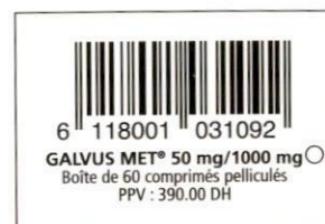
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг من ميتفورمین هیدروکلورید
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

Galvus Met®
Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine
50 mg/1000 mg



60 Comprimés pelliculés