

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-655460



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 sand  
MAARIF CASA

Tél. : 066 133 77 62

Total des frais engagés : # 1170

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/06/23

Nom et prénom du malade :

K AM ALI ALI

Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : CASA

Le : 20/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

### 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
20/06/23				<b>KHALEF CHAIMA</b> • Médecin Interne Hôpital Mad V.F.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VITA <i>[Signature]</i> Biomédical SASLUD Tél: 05 24 40 43 53 Fax: 05 24 44 13 E-mail: <a href="mailto:biomed@wanadoo.com">biomed@wanadoo.com</a> Site Internet: <a href="http://www.biomed.fr">www.biomed.fr</a>	20/06/23	1170,00

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		ANALYSE 12 DFM (radiographie)	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>																
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

casa le 20/06/2023

Dr KANALI Ali

390<sup>000x}</sup>  
Galenus Nef 50mg / 1000ml 15  
140x 2/j (3 bottles)

M70.60



KHAFI CHAIMAA  
Hôpital MAMOUNIA  
JADIDA

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 مختلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг 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 مختلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг 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 مختلف على 50 ملг من فلدagliptine و 1000 ملг من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

