

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° W19-445023

168296

C
=



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/07/2023

Jan-Jam

ADHÉRENT

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
05/12/23	C		5	INP : 1000 4000 ATEUR JALAH SPÉDIOLOGUE SHAK + Temara - Centre

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Abderraheb Sidi Med. 37 82 90 0041 - RC	05/07/13	859,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																		
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
			INP : <input type="text"/>															
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000	B		35533411	B		11433553
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B		00000000														
		B		35533411														
		B		11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
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"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



مركز أمراض القلب والشرايين

الدكتور جلال كريم
Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60
Fax : 05 37 74 14 48
E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le 05/07/23

Mr KTIRI JAOUAD

$$SE_i^P = \frac{\text{Co signal strength}}{140 \text{ dB}} = 140 \text{ dB}$$

$\text{f}_{\text{d}1}^{\text{f}} - \text{Natrizan } 1,5/10 = 1 \text{ Pf}$

$$\text{ECHO} - \frac{\text{Coplavix}}{100} = 1 \text{ (P1-a)}$$

2 Pharmacie
d'Abderrahim 3 149
2 Gestion 20 2 149

~~Société Senspaïd~~ AV. A. Salé - Tébessa 00317966
My antalgic دارالبيه
DOCTEUR JALAL KRIEMI (ضد)
CARDIOLOGUE
rue d'Iran - Hay Ibn Sika N° 4 Temara - Cent.
Tél: 05 37 64 20 60

Cipa Maroc

LOT: KEP3002
PEP: NOV 2002
PPY: 154 28/23
DH 30

30 فرقا ملبيك

8"118001||151363||



30 Comprimés pelliculés

3-CITAP® 10mg

مئون سی سو پانچ
مئون سی سو پانچ

232

phar
Alkimia N° 6, QI,
il Bernoussi, Casablanca
estor 20mg cp pell b30
P.V. 250.00 DH

118001 183128

"118001" 183128

ରିଙ୍ଗାଳୀ

B30 CP

P.V.: 270,00 DH
5 113001 082018

6 11800

pp
3
N
14011126

30 comprimés pelliculés sécables
PPV 98,10 DH
Seriol Maroc - Casablanca

INSCRIPTION SUR ORDONNANCE

Facture N° 20230706-855

Date de vente : 06/07/2023

Médecin traitant :

JAWAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10

Total HT	849,81 DHS
TVA	10,09 DHS
Total	859,90 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent cinquante-neuf DHS
et quatre-vingt-dix centimes

**Société Pharmacie
Bensaïd Abderrahim**
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karia
Salé - Tél : 05 37 82 90 53
ICE : 003179989000041 - RC 37135

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **KTIRI JAOVAD**

Matricule : **7008** N° CIN : **G16263**

Adresse : **5 RES RIM APT 12 STAD HAJJI SALE**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DOCTEUR JALAL KRIEM** Spécialité :

N° ICE : **CARDIOLOGIE** N° INPE : **101086 882**

Certifie que M^{me}, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

AVC I / HTA + DID

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Cosyrel 5/10 - Natroxan 1,5/10 - Coplavix
Scitap 10 - Crestor 20 - Myantalgic**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Kenitra** le **05/07/23**

Cachet et signature du médecin traitant

DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE
d'Iran. Hay Ibn Sina N° 4 Temara - Centr.
Tel: 05 37 64 20 60

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées