

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah -Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-557223

W 37 185

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) 30729 Société : RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KELLER JOHANNES

Date de naissance :

6-9-61

Adresse :

DOUAR CHAKAJI SAHEL.

Tél. :

06 61 62 82 24

Total des frais engagés :

70 3200

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE
Rue d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Témara - Centre
Tél : 05 37 64 20 60

MUPRAS

17 AOUT 2020

Date de consultation :

23/07/2020

Nom et prénom du malade :

DR KELLER DOCTEUR

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Infection

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 : 05/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

19 AOUT 2020

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attester la validité des Actes
23/12/2020	C		6	DOCTEUR JALAL KRIEM CARDIOLOGUE INP : Rue d'Yvoir - Hay lez Bains N° 4 Tomate - Centre Tél : 06 27 64 30 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHRAGUI Dr. HELZY Hicham Chragui Sahet Old Hiz - Barrachid Tal : 0673 54 07 49	<u>29</u> <u>07</u> <u>2020</u>	<u># 703,10 #</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

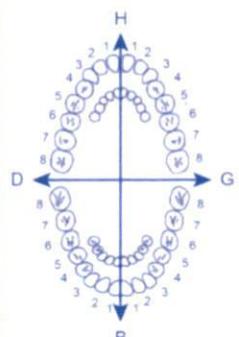
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

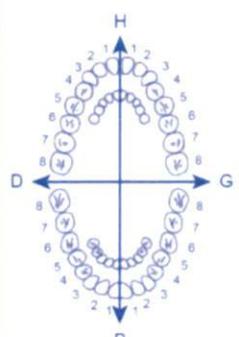
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



مركز أمراض القلب والشرايين
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

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

29/7/2020

Mr KELLAL NOHAMED

$168,20 \times 2$
 $138,30 / 444,40$

- Augment ~~S.V~~ 500

$2 \text{ g} \times 3 / \times 30$
 $79,70 \times 2 / 159,40$

- Zithromax ~~S.V~~ 500

$69,00 \times 1 \text{ g} / / \times 6$

- Solvax ~~S.V~~

$1 \text{ g} \times 3 / \times 30$

total = 703,10

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Micham
Chragui Saheb Old Hizb - Berrechid
Tél: 06 74 57 03 13

DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE
Rue d'Iran - Hay ibn Sina - 4 Témara - Centre
Tél: 05 37 64 20 60

PPI: 138,30 DH
DT: 630366 PER: 08/21

၁၁၁၂

દ્વારા કાર્ય કરી શકતું હોય કરી શકતું હોય કરી શકતું હોય કરી શકતું હોય

Les 2 complices d'Augmentin 500mg doivent être avales de préférence au début des repas.

= le contenu d'une alvéole

1 prise = 1 g = 2 comprimés à 500 mg/62,50 mg

www.rocklinline.com - 1-800-222-5858

AUGMENTIN

500mcg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

32

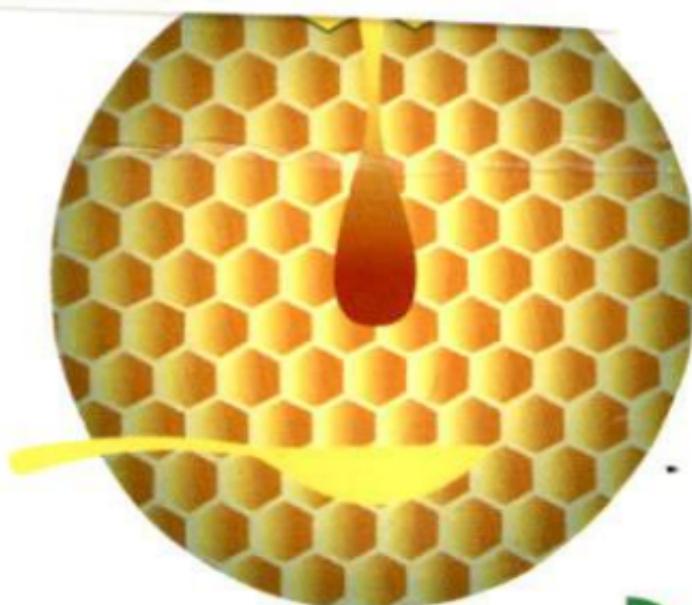
Comprimés = 16 Prises



PPV : 168,20 DH
LOT : 623728
PER : 05/21

PPU : 168,20 DH
LOT : 629271
PER : 09/21

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1281533
Date Fab : 10 / 2019 Date Exp : 09 / 2021
PPV : 79,70 DH



200 ml

Deva

BLU
LOT : 20001022
Date : 29/06/2023
PER : 09/06/2024