

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-557223

ND 37 185

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3674

Matricule : 3674 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KELLAL DOHAMED

Date de naissance : 6-9-61

Adresse : BOUJAL CHAKRI SAHEL
BERRECHID

Tél. : 06 61 62 22 24 Total des frais engagés : 703,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. JALAL KRIEM

Cachet du médecin : **DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE**
Rue d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Tamara - Centre
Tél : 05 37 64 20 60

Date de consultation : 29/07/2020

Nom et prénom du malade : KELLAL DOHAMED

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Surfacteur Bronchique

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 : 05/08/2020 Le : 05/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant l'accomplissement des Actes
29/7/2020			6	DOCTEUR JALAL KRIEM CARDIOLOGUE INP : Rue d'Iran - May 1er Sina N° 4 Tamara - Centre Tél : 06 27 04 20 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHRAGUI Dr. HELZY Hicham Chragni Sahel Okhaz - Berrechid Tél : 067354 07 49	29 07 2020	# 703,10 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

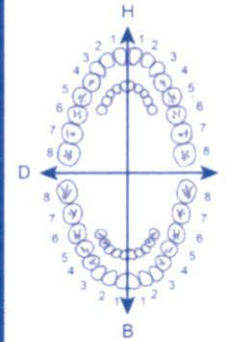
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

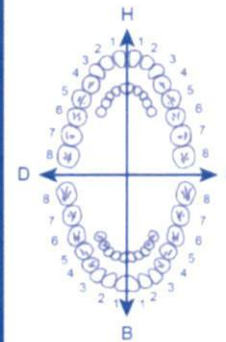
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433553
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز أمراض القلب و الشرايين
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

M KELLAL NOHAMED

$168,20 \times 2 / 474,40$
 $138,30$

- Augment 500

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

- Zythromax 500

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

- Solivox

$1 \text{ csc} \times 3 / 1 \times 3$

TOTAL : 703,10

ZITHROMAX 500.MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1281582

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY NICHAM
4, Rue d'Iran - Quartier Ibn Sina - Témara

DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE
Rue d'Iran - Quartier Ibn Sina - Témara - Centre
Tél : 05 37 64 20 60

PPV: 138,30 DH
LOT: 630366
PER: 08/21

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimé
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.
جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصين في بداية الطعام

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

32 Comprimés = **16** Prises



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



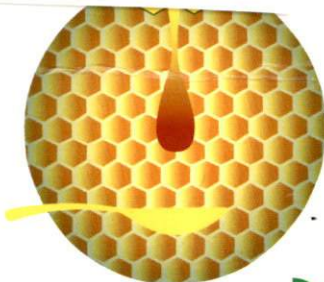
PPV: 168,20 DH
LOT: 629271
PER: 09/21



ZITHROMAX 500 MG
Boite de 03 comprimés
Lot :1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp:09 / 2021

PPV : 79,70 DH



200 ml

Deva

atoires
de toux
elles

LOT: 200107
DLUO: 03/2023
69,00DH