

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048570

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : GHAMARTE Nohamoud  
Date de naissance : 28/12/1951  
Adresse : 64 GUYOTER RUE 5 N°5 OASIS CASABLANCA  
Tél. : 0661419182 Total des frais engagés : 3485,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JALAL KRIEM  
CARDIOLOGUE  
Rue d'Iran, Hay Ibn Sina, N° 4  
Témara Centre Tél. : 0537 64 20 60

Date de consultation : 22 AVR 2021  
Nom et prénom du malade : EL HASNAOUI Leila Age : 61  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hypertension  
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 : TEMARA

Le : 22/04/2021

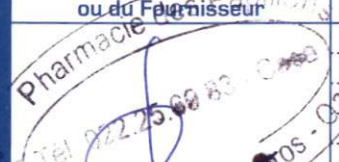
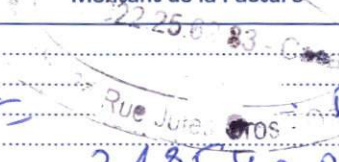
Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
22 AVR. 2021	C+ELG		300 DA	<p>   <b>Docteur JALAL KRIEM</b>  <b>CARDIOLOGUE</b>  Rue d'Iran, Hay Ibn Sina, N° 4  Témara Centre Tel.: 0537 64 20 60 </p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>   Pharmacie des Palmiers  Tel: 22 25 00 80 - 022 25 00 80  38 Rue Jules GROS - 20250 </p>	22/04/21	<p>   Montant de la Facture  22 25 00 80  Rue Jules GROS - 20250  3185,90 DA </p>

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

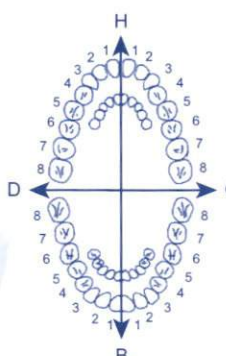
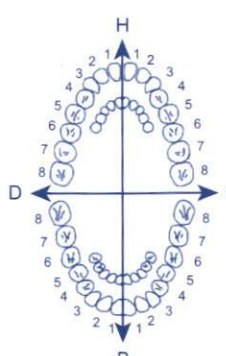
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 : djikriem@gmail.com

Témara, Le .....

22/04/202

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.

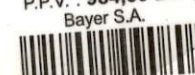


6 118001 090808

**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



**XARELTO 20 mg**  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V. : 984,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808

Mme LEILA EL HASNAOUI

984 x 3  
2952,00

**XARELTO 20 MG**

1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois



**CARDENSIEL 1.25 MG**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

7780 x 3  
23340



Dr. KRIEM Jalal

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

30 Rue Jules  
318540

Pharmacie des Papilliers  
Tél. 022 25 69 83  
30 Rue Jules

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH



6 118001 100842

**Cardensiel® 1,25 mg**  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

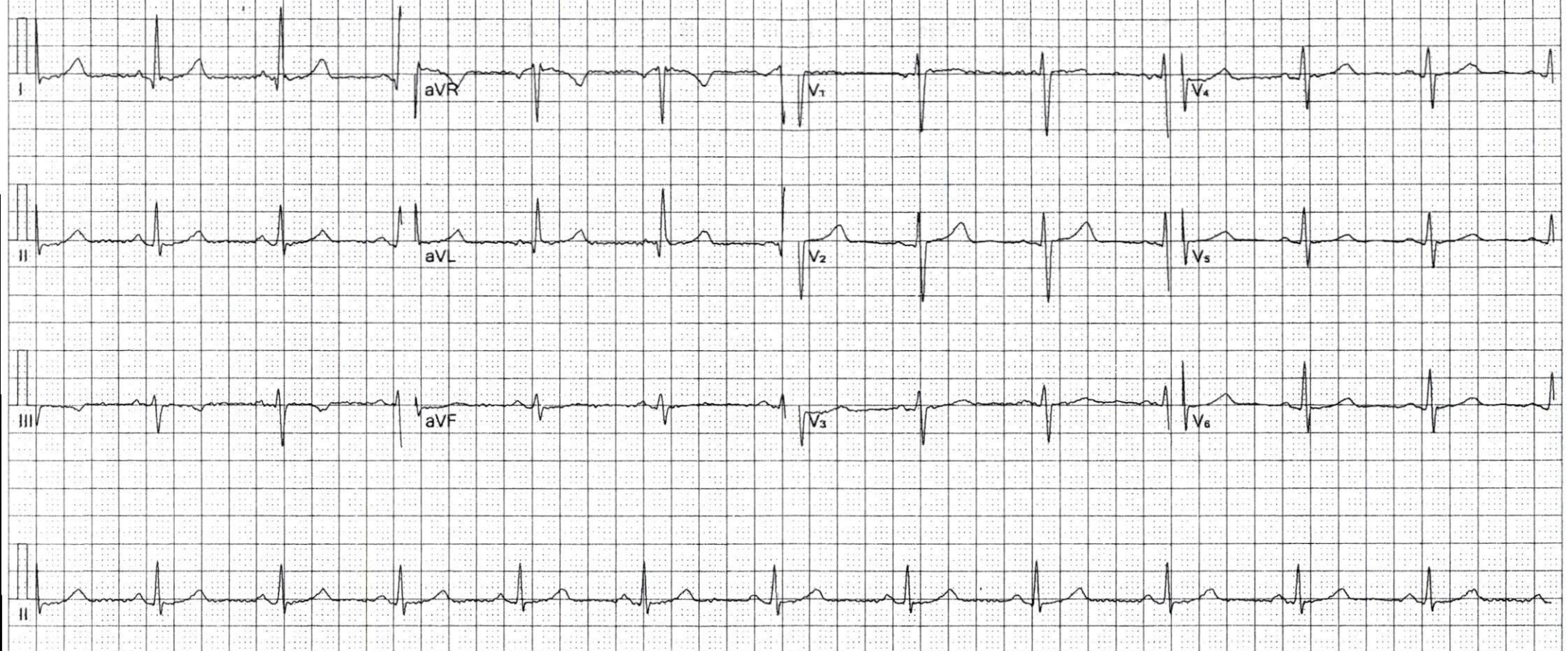


6 118001 100842



10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	432 ms
Durée Ech.:	28 s	Intervalle QTc :	449 ms
FC :	65 bpm	Axe P :	51.7°
Durée P :	109 ms	Axe QRS :	4.4°
Durée QRS :	91 ms	Axe T :	23.5°
Durée T :	311 ms	RV5/SV1:	0.55/1.09mV
Interval.PQ :	152 ms	RV5+SV1:	1.64mV

Suggestion :

Signature Médecin: