

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19-0048571

Maladie

Dentaire

Optique *Ggg nA*

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1418* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *GHAMMARTE Mohammadi*

Date de naissance : *28/12/1951*

Adresse : *Cot. GYNMEC Bdes N°5 OASIS CASABLANCA*

Tél. : *0661419162* Total des frais engagés : *3749* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : *22 AVR. 2021*

Nom et prénom du malade : *GHAMMARTE Mohammadi* Age : *70*

Lien de parenté :  Frère(e)  Soeur(s)  Enfant

Nature de la maladie : *Arterial Hypertension*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *16 MAI 2021*



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 : *TE MARA* Le : *22/04/2021*

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
22 AVR. 2021	OR + ECG		300 Drs	Dr. JALAL KRIEM CARDIOLOGUE Rue d'Iran, Hay Ibn Sina, N° 4 Téléphone : 0537 64 20 60

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 22/04/21 25.00 Jus	22/04/21	Ts 3449.00 DH

## **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
		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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



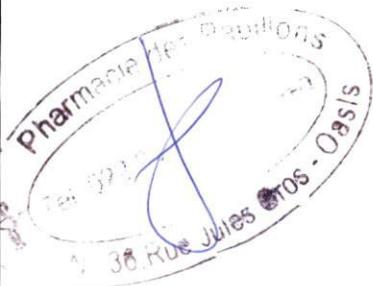
مركز أمراض القلب و الشرايين  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

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 .....



22/04/2021

M. MOHAMMADI GHAMMARTE

**SOTALEX 80 MG**

1/2 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois

7050x6  
42310

**FLECAINIDE 100 MG**

1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois

**EXFORGE 160/10 MG 28 CP**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

**XARELTO 20 MG**

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

984x2  
1968100  
529x2  
1058100

T = 3449,00

**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.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban

14 cps

P.P.V. : 529,00 DH

Bayer S.A.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban

14 cps

P.P.V. : 529,00 DH

Bayer S.A.



DR. KRIEM Jalal  
DOCTEUR JALAL KRIEM  
CARDIOLOGUE  
Rue d'Iran - Hay Ibp Sina N° 10  
Tél : 05 37 74 14 48

**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban

14 cps

P.P.V. : 529,00 DH

Bayer S.A.



**XARELTO 20 mg**

Rivaroxaban

14 cps

P.P.V. : 529,00 DH

Bayer S.A.



# ECG

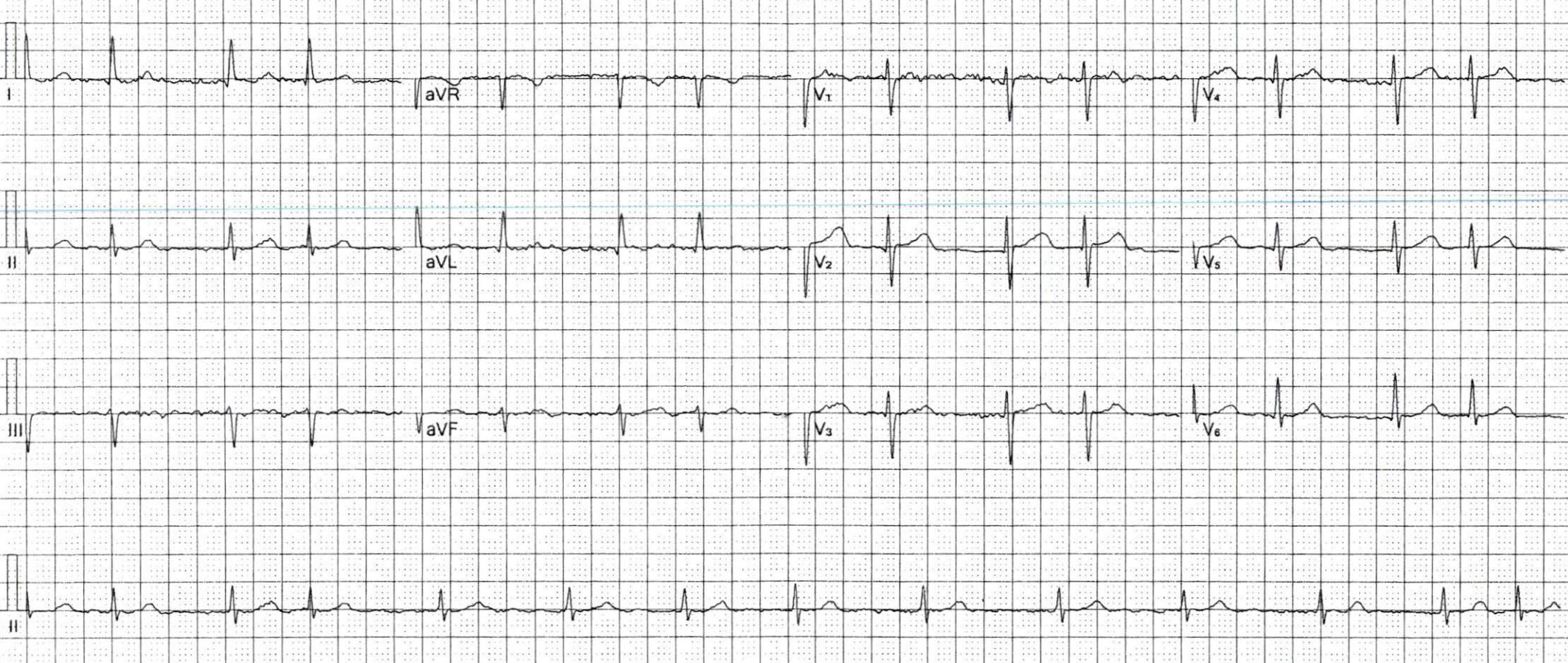
Dr J KRIEM

4 rue IRAN -Hay ibn Sina Temara centre - Tél :0537642060 - Fax :0537741448

NOM:GHAMMARTE MOHAMMADI ID : Sexe :Homme Age :69 DDN :28-12-1951 Date Test :22-04-2021 12:35  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr Kriem

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence : 1000 Hz Intervalle QT : 384 ms

Suggestion :

Durée Ech.: 28 s Intervalle QTc : 414 ms

FC : 70 bpm Axe P : -90.0°

Durée P : 35 ms Axe QRS : -13.6°

Durée QRS : 79 ms Axe T : 42.0°

Durée T : 275 ms RV5/SV1: 0.48/0.74mV

Interval.PQ : 205 ms RV5+SV1: 1.22mV

Signature Médecin: