

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-677129

pay commun

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KIRI JAOVAD

Date de naissance : 14 09 57

Adresse : HABITUE

Tél. : 0661373313 Total des frais engagés : Dhs

196121

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DOCTEUR JALAL KRIEM
CARDIOLOGUE
Rue d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Temara - Centre

Date de consultation : 15 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : SAÏZI NINA EKIRI

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

Nature de la maladie : sd métabolique

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 : SALE Le : 15 / 02 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-677129

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7008

Nom de l'adhérent(e) : KIRI

Total des frais engagés : 15 02 2024

Date de dépôt :

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
5.FEV.2024				Dr. Jafar KRIEM CARDIOLOGUE 4 Rue IRAN - TEMERAGENTRE 01086882

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15/02/24 339,00

TMPD: 102015369

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

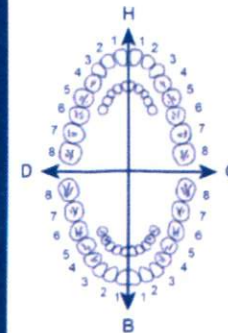
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



Arapro® 300 mg
Irbésartan

164,00

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B
remont
que ne

COEFFICIENT DES TRAVAUX

7600

Orovasec® 10 mg
Amlodipine

VISA ET CACHE

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

15/02/2024

Mme MINA SAIZI EP KTIRI

ARAPRO300 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

OROVASC 10 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

COSTAL 20 MG

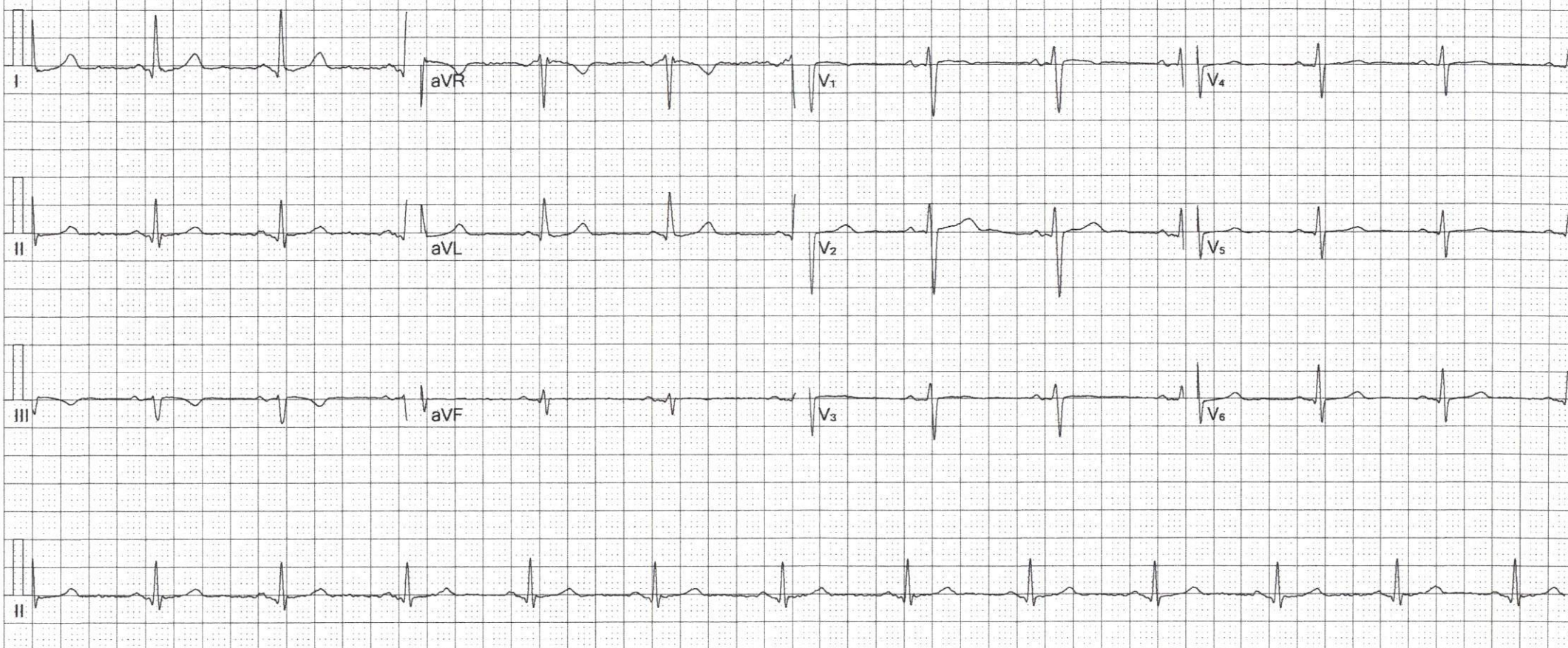
1 comprimé le soir, pendant 3 mois

Dr. KRIEM Jalal

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

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	395 ms
Durée Ech.:	30 s	Intervalle QTc :	420 ms
FC :	68 bpm	Axe P :	31.3°
Durée P :	88 ms	Axe QRS :	-0.6°
Durée QRS :	87 ms	Axe T :	15.3°
Durée T :	278 ms	RV5/SV1:	0.46/0.82mV
Interval.PQ :	136 ms	RV5+SV1:	1.28mV

Suggestion :

Signature Médecin:

Docteur Jalal KRIEM

CARDIOLOGUE
Spécialiste Diplômé
de la faculté de Médecine de Paris

Diplômé d'Echographie
et Doppler Cardiaque

Rue d'Iran – Hay Ibn Sina N°4
Temara

Tél. : 05 37 64 20 60
Fax. : 05 37 74 14 48



الدكتور جلال كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

دعقة إيران حي ابن سينا رقم 4 - تمارة -

هاتف 05 37 64 20 60

الفاكس 05 37 74 14 48

ELECTROCARDIOGRAMME