

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-677129

par  
KRI  
196121

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7058

Société : R.P.M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KTI RI JAOUAD

Date de naissance : 14 09 57

Adresse : HABITATION

Tél. : 0661373313

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR JALAL KRIEM  
CARDIOLOGUE  
Rue d'Iran, Hay Ibn Sina N° 4 Temara - Cent

Date de consultation :

15 FEV. 2024

Nom et prénom du malade :

SAÏD NINA Ep KRIEM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :  
A. : 45

Nature de la maladie :

SAÏD maladie cardiaque

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 : 2024

Signature de l'adhérent(e) : KRIEM

Le : 15/02/2024

### VOLET ADHÉRENT

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 : 7058  
Nom de l'adhérent(e) : KTI RI

Total des frais engagés : 15 02 2024  
Date de dépôt :

### 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
5. FEV. 2024				Dr. Hafsat KRIEM CARDIOLOGUE 4 RUE IRAN - TÉLÉMA CENTRE INN 1111111111111111 01086882

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hafsat KRIEM Boulevard Abdellatif Av. Amir Siad Bab El Oued Tél. 05 37 32 91 33 017998900041	15/02/24	339,00

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hafsat KRIEM Bab El Oued Tél. 05 37 32 91 33 017998900041			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

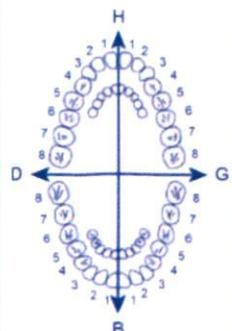
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### ODF PROTHÉSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



**COSTAL** 20 mg  
Atorvastatine

756.895.10.21

VISA ET CACHET

P.P.V. : 99,00€  
EXP. : 10/2026

LOT : 231512  
EXP. : 231512

**Orovasc** 10 mg  
Amlodipine

CHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

76,00



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 .....

15/02/2024

Mme MINA SAIZI EP KTIRI

*Me 4/1*  
**ARAPRO300 MG**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

*df6/6*  
**OROVASC 10 MG**

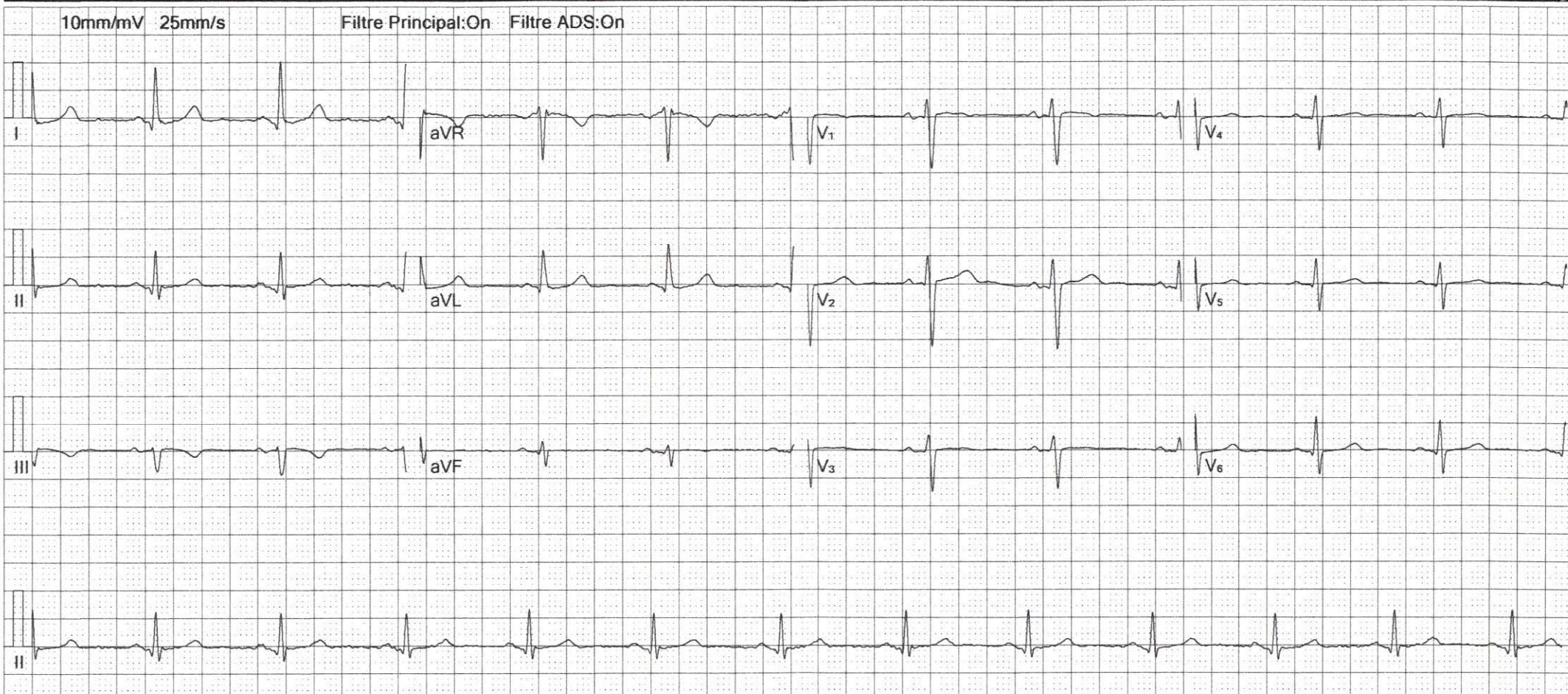
1 comprimé le soir, pendant 3 mois

*Dg 6/6*  
**COSTAL 20 MG**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

*Dr KRIEM Jalal*

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



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**

الختصاصي في أمراض القلب والشرايين

درب طيبة الطبي بباريس

رue d'Iran - Hay Ibn Sina N°4 - Temara -

05 37 64 20 60

05 37 74 14 48

## ELECTROCARDIOGRAMME