

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-691842

A 54099

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1225	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HERMAS mohamed FADEL
Nom & Prénom :		1951	
Date de naissance :		Rue 457 N° 43 LES AMICALES	
Adresse :		AGADIR	
Tél. :	0662180010	Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<p style="text-align: center;">Dr. Salah Eddine RAQIM Cardiologue Av Hassan II, Imm Ifrane 3 - AGADIR tél/Fax: 0528 84 84 10 - I.F 75766116 ICE 00180691000023 - INPE 041/18886</p>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
KBTI NAIMA	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
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 : Agadir      Le : 08/03/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de signature du Médecin attestant le paiement des Actes
15/2/23 8 Mar 2023	Consultation		3.000	Signature Dr. Meilleur
			G	Signature Dr. Meilleur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMASIRAH N° 56 AGADIR 22-25-63</i>	08/03/23	<i>162180</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
	<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				H	25533412	21433552		D	00000000	00000000		B	00000000	00000000		G	35533411	11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																											
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																															
		H	25533412	21433552																																													
		D	00000000	00000000																																													
		B	00000000	00000000																																													
		G	35533411	11433553																																													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																															
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																															
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																															
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																																															

Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine  
et Européenne de cardiologie

AGADIR LE :

أكادير في :

08/03/2023

## MME KRATI NAIMA

- Regime peu salé
- Micardis 80 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, pendant 6 mois
- Calcinib 5 mg - comprimé  
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois

vit D3 bon

Dr. Salah Eddine RAQIM  
Cardiologue  
Av Hassan II 10ème étage - Agadir  
Tél: 0528 84 10 - 0528 84 16  
N° 06599100023 - INPE 061118886  
Tél/Fax: 0528 84 10 - 0528 84 16  
Av Hassan II 10ème étage - Agadir  
N° 06599100023 - INPE 061118886



Dr. Salah Eddine RAQIM  
Cardiologue AGADIR  
Av Hassan II, 10ème étage - 75166116  
N° 06599100023 - INPE 041118886  
Tél/Fax: 0528 84 10 - 0528 84 16  
Av Hassan II 10ème étage - Agadir  
N° 06599100023 - INPE 061118886



Votre R.E.

Av. Hassan II  
<https://10.168.1.2/>

موعدكم يوم

06 53 05 00 22  
31185

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

LOT: 101

PER: SEP 2025

PPV: 49 DH 40

LOT: 099

PER: JUN 2025

PPV: 49 DH 40

LOT: 101

PER: SEP 2025

PPV: 49 DH 40

LOT: 099

PER: JUN 2025

PPV: 49 DH 40

دواعي الاستعمال و المقادير

**Dr SALAH EDDINE RAQIM**  
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم  
الختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Agadir: 15/02/2023

ICE .001606391000023  
IF 75766116

NOM : KRATI

PRENOM : NAIMA

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Consultation spécialisée</i>               | : 200.00 |
| <input type="checkbox"/> <i>Electrocardiogramme</i>                    | : 100.00 |
| <input type="checkbox"/> <i>Echo-doppler cardiaque</i>                 | :        |
| <input type="checkbox"/> <i>Echo-doppler vasculaire</i>                | :        |
| <input type="checkbox"/> <i>Echo d'effort</i>                          | :        |
| <input type="checkbox"/> <i>Holter tensionnel</i>                      | :        |
| <input type="checkbox"/> <i>Holter rythmique</i>                       | :        |
| <input type="checkbox"/> <i>Echo cardiographie trans-aésophagienne</i> | :        |

TOTAL :

300.00

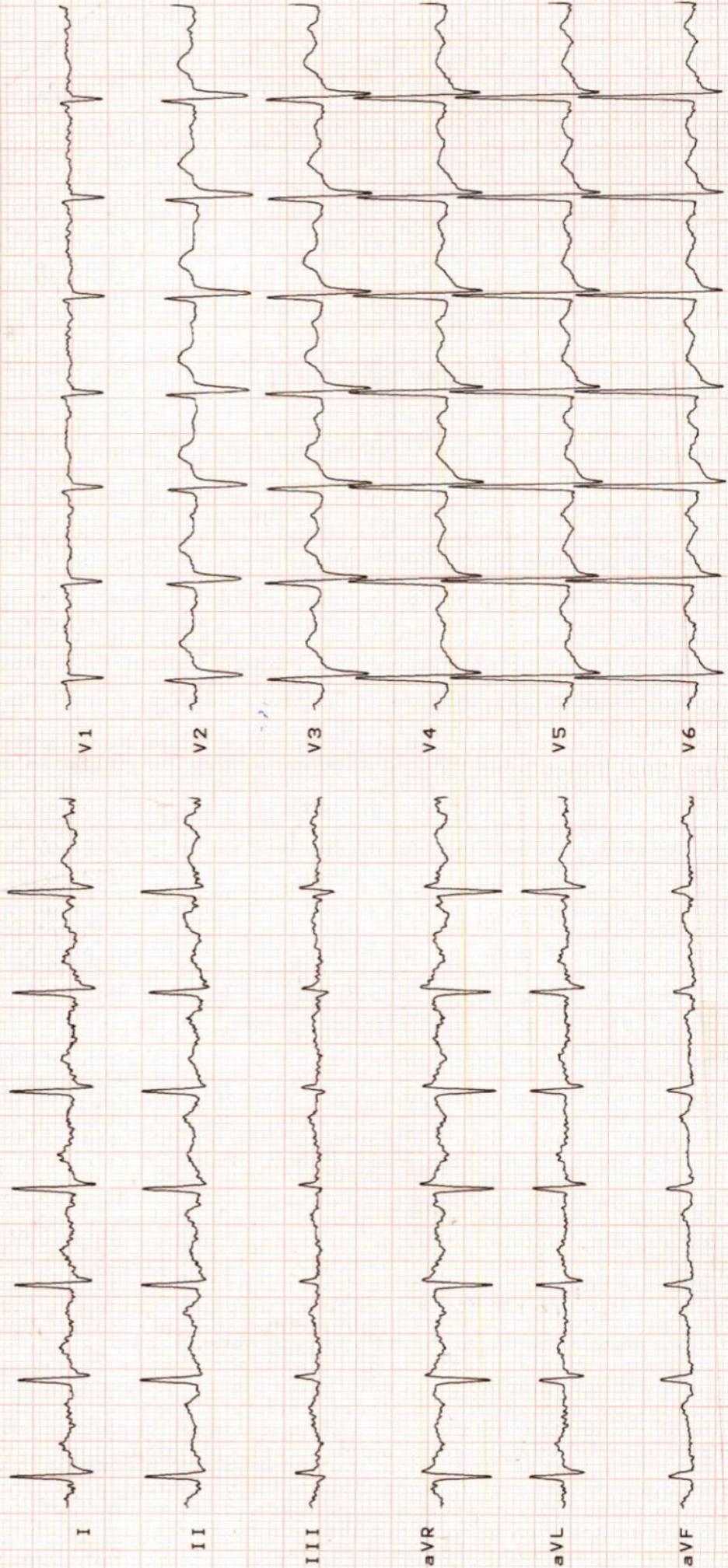
Signature

Dr Salah Eddine RAQIM  
AV Hassan II Imm IFRANE III AGADIR  
TEL /FAX: 0528 84 84 10

HR:107

HeartScreen 112 D

15.02.2023 09:25:49



Innomed Medical Inc.



15:02:2023  
09:25:35  
25 mm/s  
25 cm/mV

Ligne b. Oui  
Filtre 50 Hz+parasite  
Identifiant patient  
Auto 04589

aVR

aVL

aVF

HeartScreen 112 D  
Version 3.4