

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

- Reclamation : 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° W21-691842

154099

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1225

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HERMAS Mohamed FADEL

Date de naissance :

1951

Adresse :

Rue 457 N° 43 LES AMICALES AGADIR

Tél. :

0662180010

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av Hassan II, Imm Ifrane 3 - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 84 10 - IF 75766116
ICE 001806391000023 - INPE 041/18886

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

KRATI NAIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

18.03.2023

Autorisation CNUP N° : A-A-215/2019

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
15/2/23	G2129		322	
08 MAR 2023	Cs		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/03/23	8621,80

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				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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



08/03/2023 12:33

CENTRE
RAQIM
EXPLORATIONS
NON INVASIVES
CARDIO
VASCULAIRE

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé



الدكتور صلاح الدين رقيه

Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie

AGADIR LE :

08/03/2023

أكادير في :

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

200.0

X6

49,40

X6

20,90

X6

vit D3 bu

12/1

12/1

Dr. Salah Eddine Raqim
Cardiologue
Av Hassan II, mm Hrone 3 - AGADIR
Tel/Fax: 0528 84 84 10 - IF 75766116
INPE 041118886

Pharmacie ENNAJAH
Av Al Massira N° 56
Les Amicales - AGADR
Tel 05 28 22 25 03

Dr. Salah Eddine Raqim
Cardiologue
Av Hassan II, mm Hrone 3 - AGADIR
Tel/Fax: 0528 84 84 10 - IF 75766116
INPE 041118886

6 118001 040247

MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040247

MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040247

MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

6 118001 040247
MICARDIS 80mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 200 DH 00

موعدكم يوم

Votre R.D.

Av. Hassan II

https://192.168.1.2

Prescription/31185

1/1

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

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

نواظر الاستعمال والمقادير

LOT: 101
PER: SEP 2025
PPV: 49 DH 40

LOT: 101
PER: SEP 2025
PPV: 49 DH 40

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرابيين

Agadir: 15/02/2023

ICE .001606391000023
IF 75766116

NOM : KRATI

PRENOM : NAIMA

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

TOTAL :

300.00

Signature

Dr Salah Eddine Raqim
Cardiologue
Av Hassan II Imm IFRANE III AGADIR
ICE 001606391000023 - IF 75766116
TEL/FAX: 0528 84 84 10

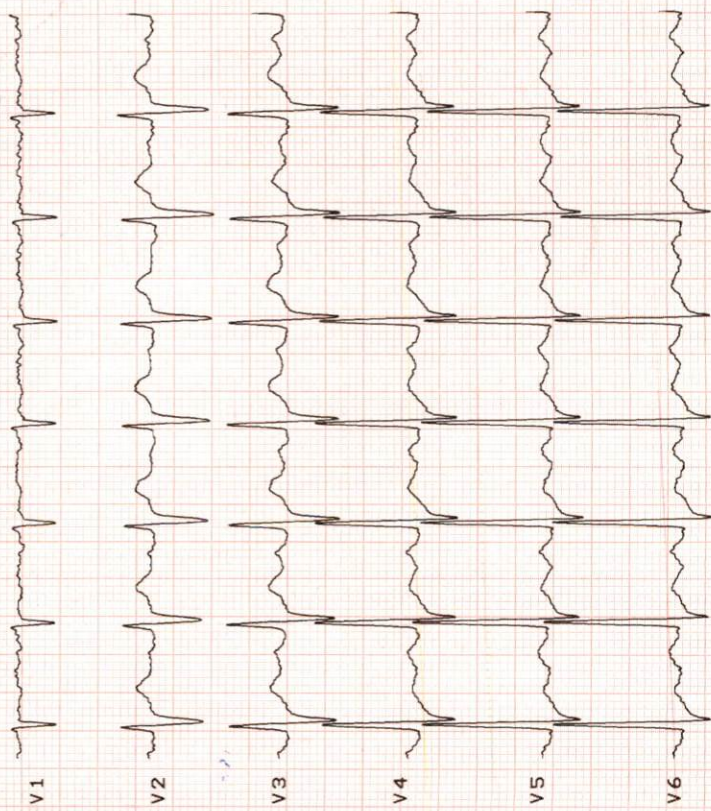
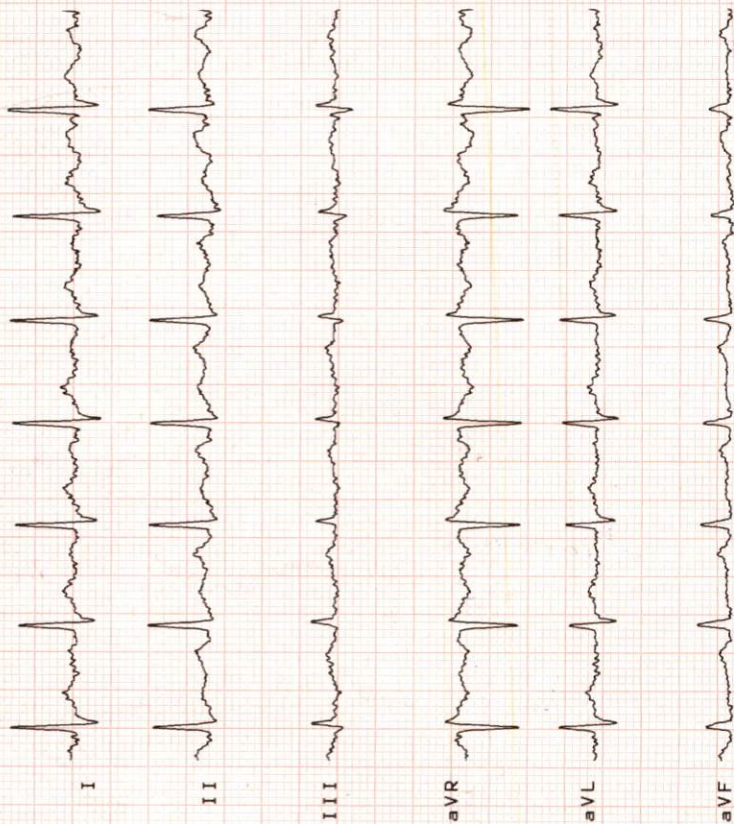
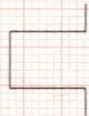
AV HASSAN II Imm IFRANE III AGADIR
TEL / FAX: 0528 84 84 10



Innomed Medical Inc.

15.02.2023
09:25:35
Mécredi
25 mm/s
1 cm/mV

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



HeartScreen 112 D

Version

3.4

15.02.2023 09:25:49

HeartScreen 112 D

HR:107