

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'Horizon

N° W19-498442

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7225

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

HERMAS Med FAEZ

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

Rue 457 N° 43 Les Amicales

Tél. :

0662780011

Total des frais engagés :

87,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

6/01/2020

Nom et prénom du malade :

HERMAS Med Fadel

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Bilan Cardiologique

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

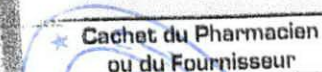
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/01/2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/1/2020	89,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

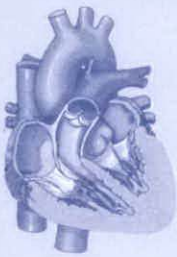
Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Docteur Salah Eddine RAQIM
Cardiologue

Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne, Stress echo
Cardiologie Pédiatrique) à BORDEAUX
Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holer (tensionnel et rythmique)



الدكتور صلاح الدين رقيم

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين
طبيب داخلي سابقا بمستشفى ابن رشد
دبلوم الفحص بالصدى بيوردو (فرنسا)
الفحص الآلي للقلب و الشرايين
أمراض القلب الخلقية

AGADIR LE : 6/11/20

Mr HIRMAH Mohamed Fouad

87.~

Relaxin 300.

105



أبو



Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
Agadir

Tél./Fax: 05 28 84 84 10

موعدكم يوم : _____

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III - أكادير

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Agadir: 06/01 /2019

ICE.001606391000023
IF 75766116

	NOM	: HERMAS	
	PRENOM	: MOHAMED FADEL	
<input type="checkbox"/>	Consultation spécialisée		: 200.00
<input type="checkbox"/>	Electrocardiogramme		: 100.00
<input type="checkbox"/>	Echo-doppler cardiaque		:
<input type="checkbox"/>	Echo-doppler veineux		:
<input type="checkbox"/>	Echo-doppler TSA		:
<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, Agadir, Maroc
Tél/Fax: 0528 84 84 10

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

Nom: HERMAS MOHAMED FADEL

Date de naissance: 01/01/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 0000

Médecin: Cardio DR RAQIM SalahEddine

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 06/01/2020 11:30:21

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

┐ : Arrêt ┘ : Arrêt ┘ : Marche HR: 59 bpm

0 sec. - 4 sec.

