

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W19-408770

59131

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 594 Société : Royal Air Maroc Jeune Pensionné

Actif Pensionné(e) Autre : TOUNSI Khadija

Nom & Prénom : TOUNSI Khadija Date de naissance : 16/07/1948

Adresse : 61 avenue Chouhada, Hay Salam, sale'

Tél. : 06 72 31 99 22 Total des frais engagés : 962,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Cabinet de Cardiologie Dr. Moulay Abdesslam LAMGHARI 4, Rue Al Bayoudi, Agdal 6ème étage, Agdal Rabat - Fixe : 06 66 56 77 16 - Mobile : 06 61 35 01 34 Email : moulay.lamghari@gmail.com INP : 101 110 138

Date de consultation : 19/11/2021 Nom et prénom du malade : TOUNSI Khadija Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Rabat Signature de l'adhérent(e) : TOUNSI Khadija Le : 19/11/2021

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
19/11/2021	C			<p>INP : [REDACTED]</p> <p>Cabinet de Chirurgie Dentaire Dr. Moulay Abdesslam LAMGHARI 4, Rue El Bayrouji, April 14^e étage, Agdal Rabat - Fixe : 08 08 56 07 21 - GSM : 06 61 35 01 34 E-mail : cabinet.lamghari@gmail.com</p> <p>INP : 102070422 100 238</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie drane Souissi	19/11/2021	962,10
Dr. IMADOU Bouthaina		
Directeur drane Souissi, N°4, Immeuble local M.4 Birkacem Souissi / Rabat / Tél : 05 37 53 04 04 ICE : 002115593000058 - INPE : 102070422		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(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

Cabinet de cardiologie
Dr Moulay Abdeslam LAMGHARI



Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux
Explorations cardiovasculaires
Cardiologie interventionnelle

Cabinet de Cardiologie
Dr. Moulay Abdeslam LAMGHARI
4, Rue Al Bayrouni, Appt 14, 4^{ème} étage, Agdal
Rabat - Fixe : 05 37 33 04 04
E-mail : cabinet.lamghari@gmail.com
INP : 101 100 238

عيادة طب القلب
د. مولاي عبدالسلام مغارى

أخصائي أمراض القلب والشرايين
استكشافات القلب والأوعية
أمراض القلب التداخلية

Le 19/1/2021

Transi Khadja

$$293 \times 3 = 879,00$$

Exprege

$$27,70 \times 3 = 83,10$$

Caroline Adde

162,10

14

Cabinet de Cardiologie
Dr. Moulay Abdeslam LAMGHARI
4, Rue Al Bayrouni, Appt 14, 4^{ème} étage, Agdal
Rabat - Fixe : 05 37 33 04 04
E-mail : cabinet.lamghari@gmail.com
INP : 101 100 238

Birkadem Soddisi / Bader / TSI : 05 37 33 04 04
Sectorur Jnane Souissi / N°14 Imme. Local N°1
Pharmacie Jnane Souissi / Boudjellal
CE : 0021553300058 - INP : 10207422

ملتقى شارع عقبة بن نافع و زنقة البيروفي، عمارة 4، شقة 14، الطابق الرابع، أڭادال - الرباط
Angle Avenue Oqba Ibn Nafiaa et Rue Al Bayrouni, Immeuble 4, Appt 14, 4^{ème} étage, Agdal - Rabat

05 37 77 04 62 06 61 35 01 34

cabinet.lamghari@gmail.com



LIE

Amlodipine/Valsartan

~~EXFORGE®~~ 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés

~~EXFORGE®~~

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مع

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés
Voie orale

28 قرصاً مغلفاً
عن طريق الفم

5 mg/80 mg

NOVARTIS

PPV : 293,00 DH

NOVARTIS



LIE

Amlodipine/Valsartan

~~EXFORGE®~~ 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés

~~EXFORGE®~~

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج مع 80/5

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés
Voie orale

28 قرصاً مغلفاً
عن طريق الفم

5 mg/80 mg

NOVARTIS

PPV : 293,00 DH

NOVARTIS



LIE

Amlodipine/Valsartan

~~EXFORGE®~~ 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés

~~EXFORGE®~~

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مع

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés
Voie orale

28 قرصاً مغلفاً
عن طريق الفم

5 mg/80 mg

NOVARTIS

PPV : 293,00 DH

NOVARTIS

