

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-654068

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3465

Matricule : 3465 Société : 128698

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KACHT YAMNA

Date de naissance : 01 01 1959

Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél : 06 62 17 01 48 Total des frais engagés : 808,80 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr Salah Eddine RAQIM**
Cardiologue
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR
Tél: 06 53 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10
ICE: 001606391000023 - I.F: 75766116

Cachet du médecin : 22 JUL 2022

Date de consultation : 22 JUL 2022

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA Age : 63

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - Hypertension

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'att. 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 : AGADIR Le : 22 / 06 / 22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-654068

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.


Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

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

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
22 JUIN 2022	C2n.c=ca		3.022,00	 INPE : 041118886 Dr. Salah Eddine RAQ Av. Hassan II Tél. 05 43 21 11 11

2 JUL 2022	C2m6=6h	3.02,00	NP:  INPE: 041118886
			Dr. Salah Eddine RAQ Av: Hassan II Tél: 05 43 86 10 10

Av. Hassan II 15
Tél. 66

ICE: 00 605 30 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84
ONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/22	<p>Pharmacie RAJAA</p> <p>DR. EL MARZOUQI</p> <p>N°13 Rue Abderrahmane Ben Zidane</p> <p>Hay Essalam - AGADIR</p> <p>Tél. : 05-28 23 56 70</p>

22/05/22

Pharmacie RAJAJ
50880 EL MARZOUQ
Dr. Abderrahmane Ben Zidane
N° 13 Rue AGADIR
Hay Essalam
Tél. : 05 23 23 56 70

Tél. : 05 28 23 30 15

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
		A M	P C	I M	I V	

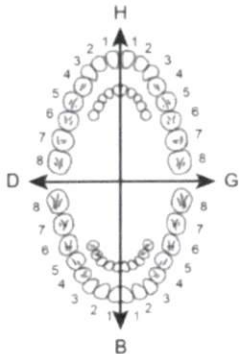
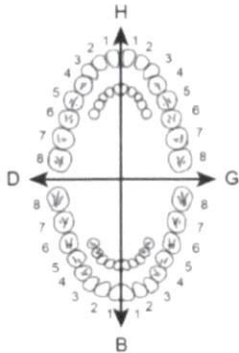
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		D	25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	D	25533412	21433552																									
		00000000	00000000																									
		00000000	00000000																									
		35533411	11433553																									
	B																											
	[Création, remont, adjonction]																											
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

1

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

2

0

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



22/07/2022 10:35

CENTRE
RAQIM
EXPLORATIONS
NON INVASIVES
CARDIO
VASCULAIRE

AGADIR LE : 22/07/2022 : أكادير في :



Préscription | Pratisoft | Solution pour la santé

Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie

MME KACHT YAMNA

- 8480x6
- Regime peu salé
 - Prezar 50 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR
Tél: 06 53 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10
ICE: 001606391000023 - I.F.: 75766116



PPV 84DH80
PER 04/25
LOT L1574

PPV 84DH80
PER 04/25
LOT L1574

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L137

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L137

PPV 84DH80
PER 04/25
LOT L1574

Pharmacie RAQIM
Dr. Belkacem EL MARZOUI
N°13 Rue Abderrahmane Ben Zidane
Hay Essalam - AGADIR
Tél.: 05 28 23 56 79

Votre R.D.V le : موعدهم يوم :

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Agadir 22/07/2022

ICE .001606391000023
IF 75766116

NOM KACHT

PRENOME YAMNA

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| <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 dobutamine | |
| <input type="checkbox"/> | Holter tensionnel | |
| <input type="checkbox"/> | Holter rythmique 24H | |
| <input type="checkbox"/> | Echo cardiographie trans-œsophagienne | |

TOTAL

300.00

Signature :

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

Nom: KACHT YAMNA

Date de naissance: 01/01/1959

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 0000

Médecin: Cardio DR RAQIM SalahEddine

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 22/07/2022 10:25:34

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

┐ : Arrêt ┘ : Arrêt └ : Marche HR: 63 bpm

0 sec. - 4 sec.

