

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W21-773797

1538AC cr

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1666

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HASSANI EL ALAOUI AMINA

Date de naissance : 1951

Adresse : 18 Rue NAKHIL Citéé DAIRIA

AGADIR

Tél. : 06.16.83.72.94

Total des frais engagés : 382,50

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salah Eddine RAQI

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

INPEC 2022

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfan

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'att

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 :

Le : 13/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-773797

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

Matricule : 1666

Nom de l'adhérent(e) : EL HASSANI

Total des frais engagés : 382,50

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
13 DEC 2022	CHRONIQUE		3.200,-	<p style="text-align: center;">INPE : 041118886</p> <p style="text-align: right;">Dr. Salah Eddine RAQI Cardiologue Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR Tél/Fax: 05 28 84 84 10 652 05 00 22 Av: 00023-1-F: 75766115</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZIZI N°3, Av. Ahmed Mansour Dahbi Cité Dakhla AGADIR Tél : 05 28 23 97 97	13/12/2022	82,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET-ADHERENT

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

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 d

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور صلاح الدين رقيم

Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie



AGADIR LE :

13 DEC. 2022

أكادير في :

Mr el Hassan, El AGADIR AMNA

82,50x7

70 Venodix (SV)

1 1 1

1 1

150

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue 3 - AGADIR
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
INPE: 041118886

CHARACIE AZIZI

Cité Dakha Mansour Dahbi
Tél.: 05 28 23 97 97

Votre R.D.V le :

موعدكم يوم :

Av. Hassan II Imm. IFRANE III - AGADIR

05 28 84 84 10

06 53 05 00 22

VENOXYL

GEL

LABORATOIRES



CARILENE

V

LOT

Prix

PER

L

82.50

GEL

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Agadir 13/12/2022

ICE .001606391000023
IF 75766116

NOM EL HASSANI EL ALAOUI

PRENOM AMINA

- Consultation spécialisée 200.00
- Electrocardiogramme 100.00
- Echo-doppler cardiaque
- Echo-doppler vasculaire
- Echo d effort
- Holter tensionnel
- Holter rythmique 24H
- Echo cardiographie trans-oesophagienne

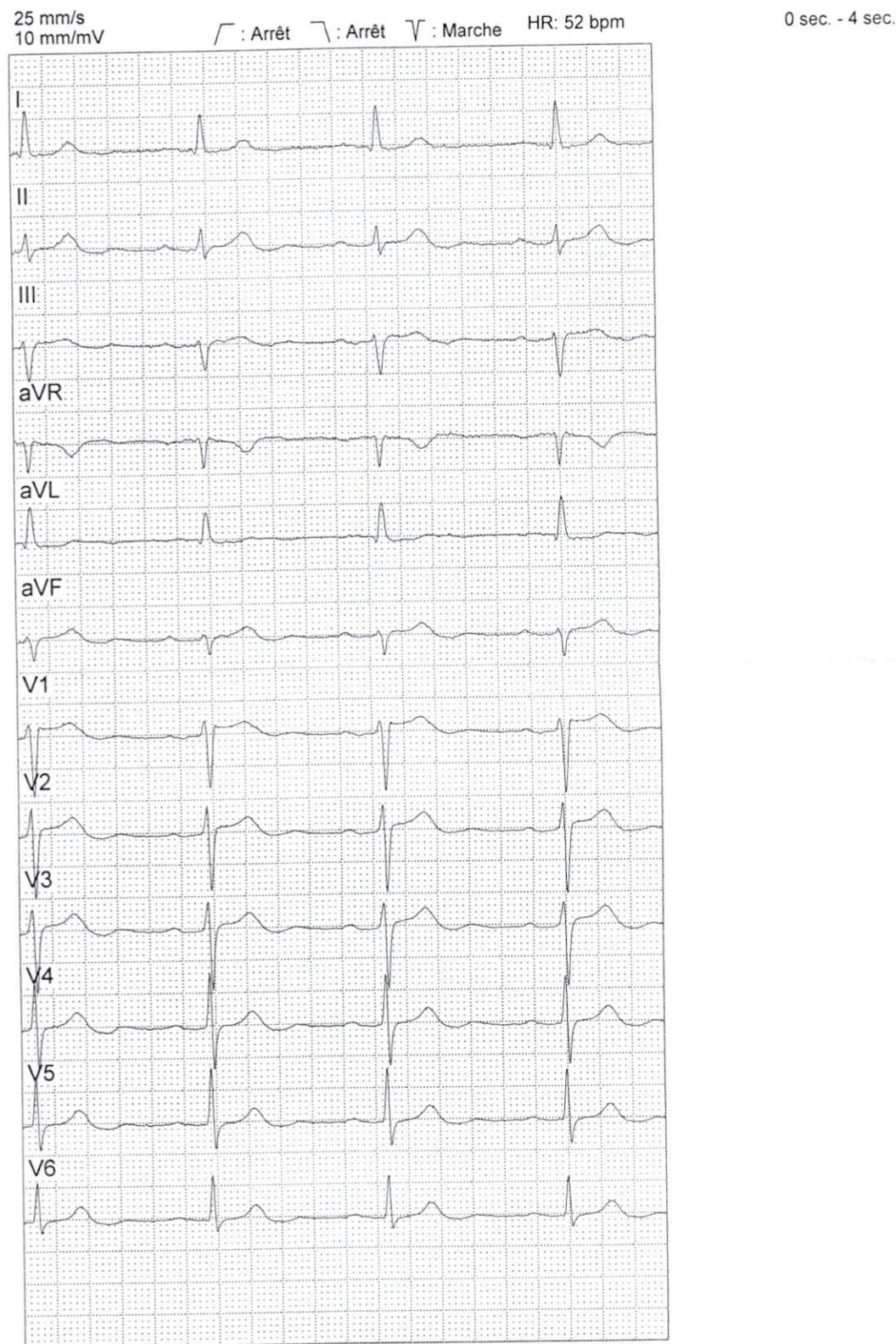
<u>TOTAL :</u>	300.00
Dr. Salah Eddine RAQIM Cardiologue Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR Tél: 06 53 25 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10 ICE: 001606391000023 - I.F: 75766116 ----- 11113888	
<u>Signature :</u>	

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

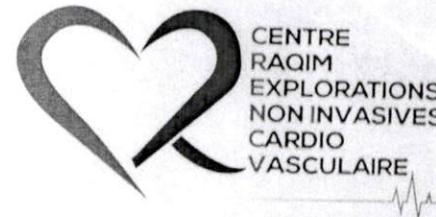
Nom: EL HASSANI EL ALAOUI AMINA
Date de naissance: 01/01/1951
Sexe: Féminin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: 0000
Médecin: Cardio DR RAQIM SalahEddine
Raison sociale:
Téléphone:
Temps d'enregistrement: 13/12/2022 10:02:24

1/1



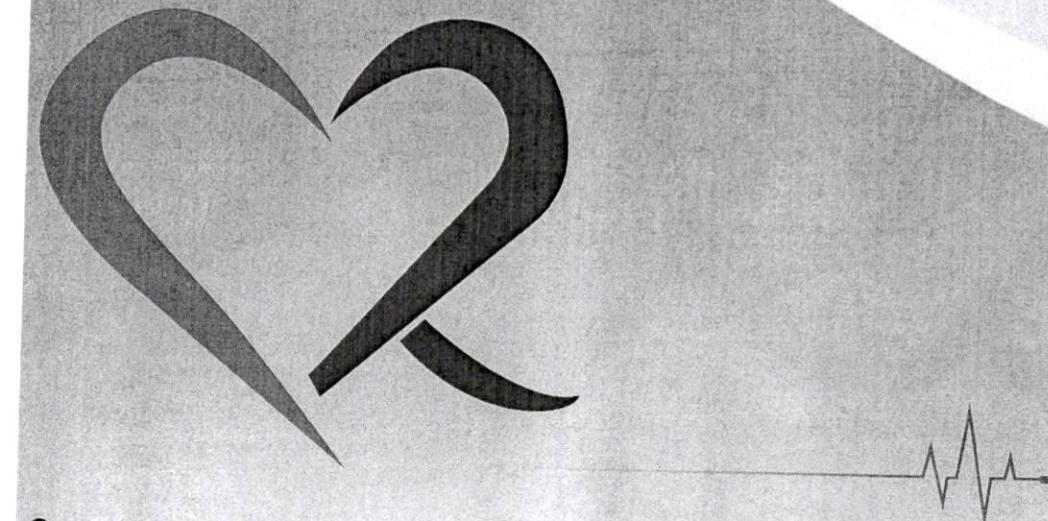
الدكتور صالح الدين رقيم
Dr. Salah Eddine Raqim
Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie



Nom : *El Hassan El Alaoui*

Prénom : *Ali*

Date : *13 DEC 2022*



Av. Hassan II Imm. IFRANE III - AGADIR 05 28 84 84 10 06 53 05 00 22

À Rapporter à Chaque Consultation

يصطحب عند كل إستشارة

SAID RADIO

Dr. Hassan II, 1m.m. Traoune 3 - AGADIR
AV. Hassan II, 1m.m. Traoune 3 - AGADIR
Tel: 0653 05 00 22 Tel/Fax: 05 28 84 84 10
T.C.E: 081606391000023 - I.F: 75766116
INPE 11111886