

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.

N° W21-669703

par Rachid

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricole :		3120		Société :		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :		<i>EL AMRANI-JAMAL Rachid</i>	
Nom & Prénom :				Date de naissance :		08.07.1955	
Adresse :		170 GRAPPE 3 AMEUKIS JARRAKECH		Tél. :		0661187145 Total des frais engagés : 1732,80 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/>	Docteur A. RAMI
Cardiologue et Néphrologue de la Faculté de Médecine de Lille - France	
Tél: 0528846335 / 0528821050	
Date de consultation : 14/09/2023	
Nom et prénom du malade : EL AMRANI Rachid Age: 1915	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Meknès **Le : 20/09/2023**
 Signature de l'adhérent(e) : *Rachid*

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
18/4/23	C.2.e ECG			<p>INP : 0441111111111111 Docteur A. RANASINGHE Cardiologue et Néphrologue Faculté de Médecine de Lille - France Tel. 0528846335 / 0528821050</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES



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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Docteur A.RAMI

Ancien Attaché des Services de
Cardiologie et Néphrologie de C.H.U
de Lille en France

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des vaisseaux

Diplômé des Etudes Spéciales de
Néphrologie

Diplômé de Médecine du Travail

الدكتور عبد الفتاح الرامي

ملحق سابقاً بأقسام القلب وأمراض الكليتين
بالمركز الطبي الجامعي بليل في فرنسا

إخلاصي في أمراض القلب
والدورة الدموية

إخلاصي في أمراض الكليتين
إخلاصي في الطب المهني

Agadir, le 17/1/13

أكادير في

Dr. A.RAMI Rachid

$$273,00 \times 4 = 1092,00$$

Expense 1600

14 /

$$56,80 \times 6 = 340,80$$

Aldactone 50

14 /

1432,80

Sotalex 160

12

400 →

=



Docteur A. RAMI
Cardiologue et Néphrologue
de la Faculté de Médecine
de Lille - France
Tél: 0528846335 / 0528821050

عمراء أرسلان زاوية زنقة مراكش و زنقة ماسة - أكادير - العنوان الإلكتروني: drami@menara.ma

الهاتف: 05 28 82 62 06 05 28 84 63 35 / 05 28 82 10 50 الفاكس

Imm. Arsalane Angle Rue de Marrakech et Rue de Massa - AGADIR - E-mail: drrami@menara.ma

Tél : 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente 48 111 383 - IGR: 75 700 610

ICE: 001581578000092



EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH



EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH



EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH



EXFORGE
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 273,00 DH



ALDACTONE 50® mg

P.P.V : 56,80 DH



Docteur A.RAMI

Ancien Attaché des Services de
Cardiologie et Néphrologie de C.H.U
de lille en france

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Diplômé des Etudes Spéciales de
Néphrologie

Diplômé de Médecine du Travail

الدكتور عبد الفتاح الراامي

ملحق سابق بأقسام القلب وأمراض الكلبين
بالمركز الطبي الجامعي بليل في فرنسا

إختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

إختصاصي في أمراض الكلبين
إختصاصي في الطب المهني

Agadir, le ١٧ / ٤ / ٢٣ أكادير في

EL AMRANI Rachid

NOTE D'HONORAIRES

- Consultation avec Scopie	1300 DH
- Electrocardiogramme	
- Visite	
- Echo Doppler	
- Expertise	

Total:

Arrête la présente Note à la somme de

DH:

Avec mes Compliments
Docteur A.RAMI
Cardiologue et Nephrologue
de la Faculté de Médecine
de Lille France
Tél: 0528846335 / 0528821050

عمارة أرسلان زاوية زنقة مراكش وزنقة ماسة - أكادير - العنوان الإلكتروني : drrami@menara.ma

الهاتف: 05 28 82 62 06 - 05 28 84 63 35 / 05 28 82 10 50 - الفاكس:

Imm Arsalane Angle Rue de Marrakech et Rue de Massa - AGADIR - E-mail: drrami@menara.ma

Tél.: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente: 48 111 383 - IGR: 75 700 610

ICE: 001581578000092