

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° W21-789472

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3465 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 182277

Nom & Prénom : KACHT YAMNA

Date de naissance : 01 01 1959

Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR

Tél. : 06 62 17 0748 Total des frais engagés : 985,80 Dhs

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue

Cachet du médecin :

Av Hassan II, Imm Ifrane 3 - AGADIR
Tél/Fax 0528 84 84 10 - IF 75766116
ICE 001606391000023 - INPE 041118886

Date de consultation : 19/11/2023

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA

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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le 19/11/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-789472

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

Dr. Salah-Eddine RAQU
Cardiologue
Av. Hassan II, Imm Iffrane 3 - AGADIR
Tel/Fax 0528 64 84 10 - IF 7576611
ICE 001606391000023 - INPE 0411181
INPE : 041118886

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RAJA Dr. Belkacem EL MARZOUGI N° 13 Rue Abderrahmane Ben-Zidane Hay Essalam - AGADIR Tél. : 05 28 23 56 70	12/09/23	685,-

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille 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 de l'O.D.F.

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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

DATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

19/09/2023 17:38

CENTRE
RAQIM
EXPLORATIONS
NON INVASIVES
CARDIO
VASCULAIRE

Préscription | Praticien



الدكتور صلاح الدين رقيم

Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie

AGADIR LE : 19/09/2023 : أكادير في

MME KACHT YAMNA

Diprezar 50 mg / 12.5 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, matin, pendant 6 mois

Régime peu salé



Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Ay Hassan II, Imm. Itrane 3 - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 84 10 - IF 757661
ICE 001606391000028 - INPE 04111

PPV 114DH30
PER 03/26
LOT M761

PPV:114DH30
PER:04/26
LOT:M1309

PPV:114DH30
PER:10/25
LOT:L3510

PPV 114DH30
PER 03/26
LOT M761

PPV:114DH30
PER:04/26
LOT:M1309

114,30

PPV 114DH30
PER 03/26
LOT M761

Pharmacie RAJAA
Dr. Belkacem EL MARZOUQI
N° 13 Rue Abderrahmane Ben Ziane
Hay Essalam - AGADIR
Tél.: 05 28 23 56 70
INPE: 042049973

Votre R.D.V le : موعدهم يوم :

Dr SALAH EDDINE RAQIM
CARDIOLOGUE

الدكتور صلاح الدين رقيم
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Agadir 19/09/2023

ICE .001606391000023
IF 75766116

NOM KACHT

PRENOM YAMNA

- ☐ Consultation spécialisée 200.00
☐ Electrocardiogramme 100.00
☐ Echo-doppler cardiaque
☐ Echo-doppler vasculaire
☐ Echo d effort

☐ Holter tensionnel
☐ Holter rythmique 24H
☐ Echo cardiographie trans-œsophagienne

TOTAL :

300.00

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av Hassan II, Imm IFRANE 3 - AGADIR
Tel/Fax: 0528 84 84 10 - IF 75766116
ICE 001606391000023 INPE 04118886

Signature :

AV HASSAN II Imm 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: 19/09/2023 17:55:47

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

┌ : Arrêt └ : Arrêt ▾ : Marche HR: 66 bpm

0 sec. - 4 sec.

