

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-789472

Or

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3465	Société : RAM 1892XX		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	YAMNA
Nom & Prénom : KACHTI YAMNA			
Date de naissance : 01 01 1959			
Adresse : N° 2 RUE 962 SALAM AGADIR			
Tél. 06 62 17 9748 Total des frais engagés : 985,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Salah Eddine RAQIM Cardiologue	
Av Hassan II, Imm Ifrone 3 - AGADIR Tél/Fax 0528 84 84 10 - I F 7576616 ICE 001606391000023 - INPE 0411)8886	
Cachet du médecin :	17 NOV. 2023
Date de consultation :	17 NOV. 2023
Nom et prénom du malade :	Kachti YAMNA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	H.I.D
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 19/09/2023

VOLET ADHÉRENT	
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 :	

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
2019/13	Cœru		300,00	INPI NPE : 041118886 Dr. Salah Eddine RAQI Cardiologue Hassan II, Imm. Ifrane S. AGADIR 065256611

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RA <i>No Dr. Belkacem EL MARZOUGI 13 Rue Abderrahmane Ben Zidane Hay Essalam - AGADIR Tél. : 05 28 23 55 72</i>	1er/9/95	685-62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																		
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		H	25533412	21433552																		
		D	00000000	00000000																		
		<hr/>																				
		B	00000000	00000000																		
<hr/>																						
G		35533411	11433553																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
		<input type="text"/> DATE 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 | Pratiso | Sante



Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie

AGADIR LE : 19/09/2023

أڭادير فی :

114,30f6

MME KACHT YAMNA

Diprepar 50 mg / 12.5 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, pendant 6 mois

Régime peu salé

S.V

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av Hassan II, Imm Hrone 3 - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 84 10 - 1 F 757661
ICE: 004606391000028 - INPE 0411

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:04/26
LOT:M1309

Pharmacie RAJAJI
Dr. Belkacem EL MARZOUI
N° 13 Rue Abderrahmane Ben Zidane
Tel.: 05 28 23 56 70
INPE: 042049913

Votre R.D.V le : موعدكم 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

Signature :

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av Hassan II, Imm Ifrane 3 - AGADIR
tel/Fax: 0528 84 84 10 - IF 75766116
ICE 001606391000023 INPE 041178886

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

