

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° W19-536635

Coucou

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 3898		Société : 43833	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AATAR MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/1951			
Adresse : ELHOUADA, FIT MELLoul-BLOC 110/64 801rs			
Tél. :		Total des frais engagés : 680,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>DR. Ali RIFQI CARDIOLOGUE 4, Imm. Chahrazad Av. Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 22 33 66 11</p>			
Date de consultation : 02/10/2020			
Nom et prénom du malade : AATAR med			
Age: 69 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTN + DM			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2.10.20	Card		300 Dhs	<p>INP : 0411180635 Dr. Ali RIFQI CARDIOLOGUE 4, Imm. Chalouzad Av. Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 28 33 66 11</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
W.M	02.10.2020	680,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE ASSAFIA DT YOUNES BAÏT ELHOUSSAÏT MELLOUÏL 06.03.2015.52.78			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le cas traité, 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 de l'lsa.

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																		
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	B																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B	H																			
				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'EXECUTION

Docteur Ali RIFQI
Cardiologue

Spécialiste des Maladies du coeur
et des Vaisseaux - Echo Doppler Cardiaque

4 Imm Chahrazad (en face de la poste)
Av. Mohamed V 1er étage Inezgane

Tél : 05 28 33 66 11

INPE 041120635

ICE 001660763000074

Horaire du travail

de lundi au jeudi : 8h30 - 13h

Inezgane le :

الدكتور علي ريفقي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الفحص بالصدري والدوبلير

4 عمارة شهرزاد (امام البريد) شارع محمد الخامس

الطريق الأول انزكان

الهاتف : 05 28 33 66 11

توقف العمل

من الاثنين الى الخميس : 13h - 8h30

انزكان في

ORDONNANCE

AATHAR Med

Dr. ALI RIFQI
CARDIOLOGUE
4 Imm. Chahrazad Av. Med
1er Etage - INEZGANE
Tél : 05 28 33 66 11

Star Val 80



87 Martin



Cardinor 6,25

1/2 - - - 1/2

Rosuvast 10



Ph. Line

680,60

Dr. 3 mm

Dr. Ali RIFQI

CARDIOLOGUE

4, Imm. Chahrazad Av. Med

1er Etage - INEZGANE

Tél : 05 28 33 66 11

PHARMACIE ASSAFA
Dr. YOUSSEF BAÏT
101 EUL ELHOUSSA AIT MELLoul
TEL: 022.34.52.76

Lot n°:
EXP:
PPV:

157 DH 80

Lot n°:
EXP:
PPV:

157 DH 80

PPV : 131 DH 50

Lot n°:
Exp. :

PPV : 131 DH 50

Lot n°:
Exp. :

كاردينور
LOT: KA93466
PER: 09-2022
PPV: 47,00DH

كاردينور
LOT: KA93466
PER: 09-2022
PPV: 47,00DH

**Docteur Ali RIFQI
Cardiologue**

Spécialiste des Maladies du coeur

Et des Vaisseaux - Echo-Doppler

4 Imm Chahrazad (en face de la poste)

Av ,Mohamed V 1er étage Inezgane

Tél : **05.28.33.66.11**

IF : 76936530

INPE 041120635

ICE 001660763000074

الدكتور علي ريفقي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

الفحص بالصدى والدوبلير

4 عمارة شهرزاد (أمام البريد) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنركان

الهاتف : **05.28.33.66.11**

Facture N° 709/2

Reçu de Melle, Mme, Mr : AATAR M

La somme de : 300 dt.

Pour :

Consultation : 200 dt.

ECG : 100 dt.

Echo-doppler cardiaque :

Dr. Ali RIFQI

CARDIOLOGUE

4, Imm. Chahrazad Av. Med Inezgane, le

1er Etage INEZGANE

Tél : **05 28 33 66 11**

2.10.20

