

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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-536655

59962

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AATAR MOHAMED

Date de naissance : 04/11/1951

Adresse : EL MOUDA ATTNE LOU2 B64M1

Tél. : 0655131926 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. AH RIFQI**

CARDIOLOGUE

Cachet du médecin : 4, Imm. Chahrazad Av. Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 28 33 66 11

Date de consultation : 12/21/21

Nom et prénom du malade : AALAR M Age : 70 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA sévère, Cardiopathie ischaémique

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 : / /

RELEVÉ 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
12.2.21	g.k.		3000	INP : 104M206319 Dr. Ali RITQI CARDIOLOGUE 4, Im. Chahrazad Av. Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 28 33 66 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSAFA DR. ELHOLDA AIT MELLOUL 497 Lot. ELHOLDA AIT MELLOUL Tél: 020 24 52 75	12.02.2021	1244,90 PHARMACIE ASSAFA DR. ELHOLDA AIT MELLOUL 187 Lot. ELHOLDA AIT MELLOUL Tél: 020 24 52 75

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

total: 1244, 90

525, 60 = 175, 20 x 3

90, 30 = 30, 10 x 3

186, 80 = 46, 70 x 4

442, 20 = 147, 40 x 3

PHARMACIE ASSAFA
DY YENNES BAIT
197 Lot. ELHC BAIT MELLOUL
Tél: 020.24.52.76

Med

Starval 160

Zydex 1,5

Garthsal 2

Rozat 1

30mg

SV

SV

SV

SV

SV

Docteur Ali RIFQI
Cardiologue

Spécialiste des Maladies du cœur

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 و الدوبلير

4 عمارة شهريزاد (أمام البريد) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنزكان

الهاتف : **05.28.33.66.11**

Facture N° 124/21

Reçu de M^{lle}, M^{me}, M^r : AAAR M^{ey}

La somme de 300 dh

Pour :

Consultation 200 dh

ECG 100 dh

Echo-doppler cardiaque : _____

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

Inezgane, le 12 2 21

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J1831

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041771

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041771

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J1831

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041771

PPV : 147DH40
PER : 06/22
LOT : J2380-2



6 118000 041535
ZYDEX LP
30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

PPV : 300DH10
PER : 03/22
LOT : J663
30/10

STARVAL® 160 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale
6 118000 380429

PPV : 175DH20
Lot n° :
Exp. :

6 118000 041535
ZYDEX LP
30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

PPV : 300DH10
PER : 03/22
LOT : J663
30/10

STARVAL® 160 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale
6 118000 380429

PPV : 175DH20
Lot n° :
Exp. :

6 118000 041535
ZYDEX LP
30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

PPV : 300DH10
PER : 03/22
LOT : J663
30/10

STARVAL® 160 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale
6 118000 380429

PPV : 175DH20
Lot n° :
Exp. :

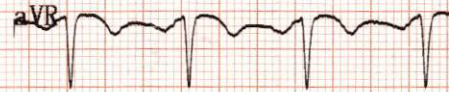
AAAR
M el

MANUAL 10mm/mV 12. 2. 21



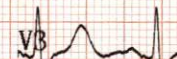
25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

MANUAL 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

MANUAL 10m



25mm/s AC5

MANUAL 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz

RRS à 26/min
IS - M
ST inférieurs I, V6
Conducteur - M

Dr. Ali RIFOI
CARDIOLOGUE
4, Imm. Chahrazad Av. Med
1er Etage - INEZGANE
Tel : 05 28 33 66 11