

## 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° W19-536655

59962

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3295	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AATAR MOHAMED			
Date de naissance : 01/11/1971			
Adresse : EL MOUADA ATT ME Loul 2 B64 M.1			
Tél. 06 53 13 19 26			Total des frais engagés : _____ Dhs

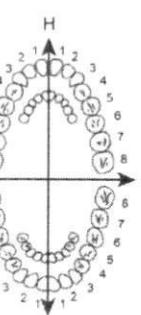
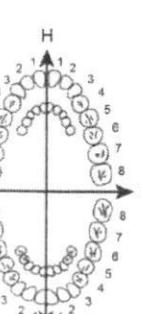
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Ali RIFO CARDIOLOGUE 4, Imm. Chahrazad Av. Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 28 33 66 11			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12/12/21			
Nom et prénom du malade : AATAR M.			
Age: 40 ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA sévère, Cardiopathie ischémique			
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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e) :

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
19.2.21	2 <sup>nd</sup>		3000 Dhs	INP : 104M20639 Dr. Ali RIFQI CARDIOLOGUE 4, Rue Chafraza FAV, Med 1er Etage - INEZGANE Tél : 05 28 21 66 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ASSAFA</b> BP 10435 BAIT TUNIS 024-245278	12.02.2021	1244,90 <b>PHARMACIE ASSAFA</b> BP 10435 BAIT TUNIS 024-245278

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.												
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	B	35533411   11433553	G	
H	25533412   21433552											
D	00000000   00000000											
B	35533411   11433553											
G												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

# Docteur Ali RIFQI

## Cardiologue

Spécialiste des Maladies du cœur Et des Vaisseaux  
Echo - Doppler cardiaque et vasculaire  
Holter ECG

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 :

12. 2. 21  
انزكان في

# الدكتور علي ريفقي

إخلاصي في أمراض القلب والشرايين  
الفحص بالصدى والدوبليير  
هولتير التخطيط الكهربائي

4 عمارة شهرزاد (أمام البريد) شارع محمد الخامس  
الطابق الأول إنزكان  
الهاتف : 05.28.33.66.11

توقيت العمل  
من الإثنين إلى الخميس : 13h - 8h30

### ORDONNANCE

total: 1244,90

PHARMACIE ASSAFA  
Dy Yunes BAIT ARA  
197 Lot. ELHC. DAIT MELLOUL  
TEL: 028.24.52.76

525,60 = 175,20 x 3 - StarVal 160 Med SV

90,10 = 30,10 x 3 - Zydex 1,5 matin SV

188,80 = 46,20 x 4 - GAVHSAL dine SV

442,20 = 147,40 x 3 - ROZAT 1/2 1/2 1/2 SV

PHARMACIE ASSAFA  
Dy Yunes BAIT  
197 Lot. ELHC. DAIT MELLOUL  
TEL: 028.24.52.76

30mg matin dine

**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**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

الفحص بالصدى والدوبلير

4 عمارة شهرزاد (أمام البريد) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنزيكان

الهاتف : **05.28.33.66.11**

**Facture N° 124 / 21**

Reçu de Melle, Mme, Mr : AATA R M<sup>ey</sup>

La somme de 300 dh

Pour :

Consultation 200 dh

ECG 100 dh

Echo-doppler cardiaque : \_\_\_\_\_

Dr. Ali RIFQI  
CARDIOLOGIE  
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 sebat Casablanca  
Corvasal 2 mg SP b 30  
P.P.V : 46,70 DH  
6 118001 080335

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

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

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

ROZAT® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés



6 118000 041771

PPV : 147DH40  
PER : 06/22  
LOT : J2380-12



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

STARVAL® 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380429

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

STARVAL® 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380429

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

STARVAL® 160 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



6 118000 380429

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

LOT : J6663  
PER : 03/22  
PPV : 30DH10  
J1831

30/06/20

6 118000 041535



LOT : J6663  
PER : 03/22  
PPV : 30DH10  
J1831

30/06/20

6 118000 041535



6 118000 041535

LOT : J6663  
PER : 03/22  
PPV : 30DH10  
J1831

30/06/20

6 118000 041535



6 118000 041535

ZYDEX LP

a 28 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

