

## 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.

### 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° W21-679368

*Pay Journal*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295 Société : R.A.H.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AATAR MED 131743  
Date de naissance : 11/11/1951  
Adresse : HAYTA ADINE, N°3 RUE TICHENT LAAYOUNE  
Tél. : 0652 13 19 26 Total des frais engagés : 180,340 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ali RIFQI  
CARDIOLOGUE  
4, Imm. Chahrazad Av. Med  
1er Etage - INEZGANE  
Tél : 05 25 33 66 11  
Date de consultation : 29/9/2022  
Nom et prénom du malade : AATAR M Age : 71 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA + 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) :

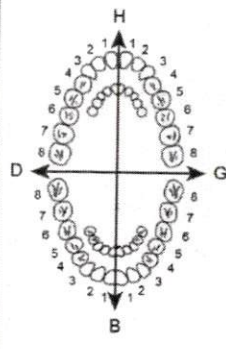


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/07/20	E.N.C.		30000F	INP : 09/11846135 Dr. Ali KHALIL CARDIOLOGUE 4, Imm. Chahrazad Av. M. 1 <sup>er</sup> Etage - INE2GANE Tél : 05 23 33 66 17

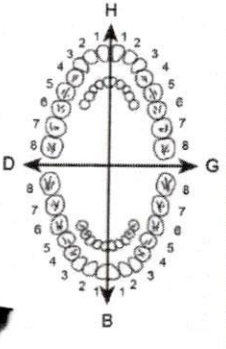
[illegible][illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>										

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>														
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>															
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px;" 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 cœur  
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

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين  
الفحص بالصدى والدوبلير

4 عمارة شهريزاد (إمام البريد) شارع محمد الخامس  
الطابق الأول إنزكان

الهاتف : 05 28 33 66 11

توقيت العمل

من الاثنين الى الخميس : 13h - 8h30

إنزكان في

## ORDONNANCE

AATAR Med

on Mononitil 20  
CORVITAL drug

1/2 1/2 1/2

Starval 160

ROZAT

Sodriox

S.V

S.V

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

PPV: 147DH40  
PER: 06/24  
LOT: L2020-2

Dr. Ali RIFQI  
CARDIOLOGUE

4, Imm. Chahrazad Av. Med  
1er Etage INEZGANE

Tél : 05 28 33 66 11

30mg

1203.40

Pharmacie NOURY  
Dr. Said NOURY  
Route de Tiznit - Bd. Hassan II  
TAFELBOU - Tel : 05 28 74 36 36



PPV :

LOT :

PER :

34,20

PPV :

LOT :

PER :

34,20

PPV :

LOT :

PER :

34,20

5-mononitrate d'isosorbide

LOT 224106

EXP 04/27

PPV 49DH50

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

PPV : 175DH20

Lot n° :

Exp. :

ملف 20 ریل  
ایزوسوربید

LOT 221023

EXP 01/27

PPV 17DH00

ملف 20 ریل  
نوشترات ایزوسوربید

LOT 205875

EXP 05/23

PPV 17DH00

5-mononitrate d'isosorbide

LOT 22410

EXP 04/27

PPV 49DH50

**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 شهزاد ( أمام البريد ) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنزكان

الهاتف : 05.28.33.66.11

**Facture** N° 1027/22

Reçu de M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>r</sup> : AHAR M<sup>el</sup>

La somme de : 300dh

Pour :

Consultation : 200dh

ECG : 100dh

Echo-doppler cardiaque :

**Dr. Ali RIFQI**  
**CARDIOLOGUE**

4, Imm. Chahrazad Av. Med  
1er étage - INEZGANE

Tel : 05 28 33 66 11

Inezgane, le 20.9.22



Données référence uniquement:

FC	bpm	: 91
Intervalle PR	ms	: 175
Durée P	ms	: 120
Durée QRS	ms	: 161
Durée T	ms	: 199
QT/QTc	ms	: 410/505
Axe P/QRS/T	deg	: 48.4/13.0/128.4
R(V5)/S(V1)	mV	: 0.42/2.12
R(V5)+S(V1)	mV	: 2.54

<< Conclusions >>

Ryth. sinusoidal norm.  
Dév. ax. gche légère;  
Bloc de branche gauche complet;  
I aVR aVL V6 Onde T anormale;

\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\*

Dr. AII RIFQI

CARDIOLOGUE

4, 1<sup>er</sup> Etage - INEZGANE

4, 1<sup>er</sup> Etage - INEZGANE

Tel : 05 28 33 66 11

20mm/mV

AUTO 20mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

I

II

III

aVR

aVL

aVF