

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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W19-536621

ND: 29 497C

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 3295 Société:

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre:

Nom & Prénom: AATAR MOHAMED

Date de naissance: 01/11/1951

Adresse: ELHONDA AITMELLOUL BA. N°64

Tél.: 0658 131926 Total des frais engagés: 1008,90.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation: 27/05/2020

Nom et prénom du malade: AATAR Age: 69 ans

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

Nature de la maladie: 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à: INEZGANE Le: 27/05/20

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
27.5.20	C ₂ R ₁₆		300 DA	INP : 041120035 Dr. AH RIFQ CARDIOLOGUE 4, Imm. Chahrazad Av. 1er Etage - INEZGAR

INP : 041120035

Dr. Ali RIFI
CARDIOLOGUE

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/5/2020	

27/5/2020

1008, 90

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

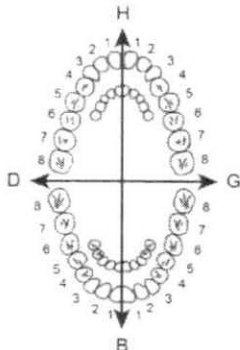
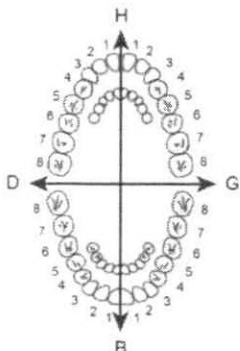
Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D 00000000</td> <td style="padding: 2px;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction]															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

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 d

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

25533412

9 | 91433552

□

[illegible]

35533411

11433553

10

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

INPE 041120635

ICE 001660763000074

الدكتور علي ريفقي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

الفحص بالصدى و الدوبلر

4 عمارة شهرزاد (أمام البريد) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنزكان

الهاتف : 05.28.33.66.11

Inezgane le :

27. 5. 20

إنزكان في

كاردينور

LOT: KA92336
PER: 06-2022
PPV: 47,00DH

ORDONNANCE

AATAR M^{re}

13150x3

StarVal 80

x3 boîtes

1/2 ph. Malin.

157,80x3

Prosumic 40

x3 boîtes

1/2 ph. Lines

47x3

Cardinor 6.25

x3 boîtes 1/2

1008,90

4 : 3 mois

PHARMACIE ASSAFA
Dr YOUSSEF BAIT
172 Lot ELHOUDA AIT MELLOUL
Tél: 020 20 52 70

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

كاردينور

LOT: KA92336
PER: 06-2022
PPV: 47,00DH

Lot n°

EXP:

PPV: 157 DH 80

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. :

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

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° **349/20**

Reçu de M^{lle}, M^{me}, M^r : **AAR M^{ed}**

La somme de : **300dh**

Pour :

Consultation **200dh**

ECG : **100dh**

Echo-doppler cardiaque : _____

Dr. Ali RIFQI
CARDIOLOGUE
4, Imm. Chahrazad Av. Méd
1er Étage - INEZGANE
Tél : 05 28 33 66 11

Inezgane, le **27.05.20**

