

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-536665

ND: 3715A C

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AATA R MOHAMED

Date de naissance :

01/11/1951

Adresse :

EL HOUADA AIT MELLOUL B. N. N° 64

Tél. : 0658131926 Total des frais engagés : 972,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Ali RIFQI

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

Date de consultation :

27/7/2010 AATA M

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : INE 2010 Le : 27/7/2010

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOL ET ADHÉRENT

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
27.7.20	C 2 Nc		300 Dhs	INP : 04111861635 Dr. Ali RIFQI CARDIOLOGUE 4, Imm. Chaffrazaad Av. Me 1er Etage - INEZGANE

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

Actes	Actes	Couvertant	des Actes	Indication
27.7.20	G.V.G		300 DH	INP : 1941126635
				Dr. Ali RIFQI CARDIOLOGUE
				4, Imm. Chakrazad Av. Me 1er Etage - INEZGANE
				Tél : 05 28 33 66 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ASSAFIA
10101000 BAÏDA AIT MELLOUF
LE 01-01-2015 15276

672,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHESIVE

RELEVE 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 de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	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 PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																						
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																
		B	35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																
		G																																																																																																																																																																																																																																																		
[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"/>																																																																																																																																																																																																																																															

**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
INPE 041120635
ICE 001660763000074

Inezgane le :

الدكتور على ريفقي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
الفحص بالصدى والدوبلير

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

27.7.20 انزكان في

ORDONNANCE

AATAR MED

13A,50x2 - StarVal 80
47,40x2 - Cardinor 6,25
057,80x2 - Rogavril 1,25
672,60 - H1:2

PHARMACIE ASSAFAD Dr. Ali RIFQI
Dr. YOUNES BAIT CARDIOLOGUE
127 LOT. ELHOUDA AIT MELLOU Imm. Chahrazad Av. Med.
1er Etage - INEZGANE
TEL: 05 28 33 66 11

کارڈینور
کارڈینور

LOT: KA92336
PER: 05-2022.
PPV: 47,00DH

کارڈینور
کارڈینور

LOT: KA92335
PER: 06-2022
PPV: 47,00DH

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

5192094

Lot n°:

PP:

V:

157 DH 80

PPV

131 DH 50

Lot n°:

Exp. :



5192094

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

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
05.28.33.66.11 الهاتف :

Facture N° 53812

Reçu de M^elle, M^me, Mr : AA ÉAR n^o

La somme de : 3000dhs

Pour :

Consultation : 200dhs

ECG : 100dhs

Echo-doppler cardiaque : -----

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

Inezgane, le

27.7.20

AFTAR
Med.

MANUAL 20mm/mV
I

ECG dans anomalie
d'insuff. card.

Dr. Ali RIFQI

CARDIOLOGUE
4, Imm. Chahrazad Au Med
1er Etage - INEZGANE

TÉL : 05 22 33 55

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+I

27-7-20

MANUAL 20mm/mV
aVR

aVL

aVF

anomalie

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+aVR

MANUAL 10mm/mV
V1

V2

V3

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+V1

MANUAL 10mm/mV
V4

V5

V6

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT