

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-536665

ND: 37154 C

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AATAR MOHAMED

Date de naissance : 01/11/1951

Adresse : ELHOUDA, AIT MEHLOUL B. A. N° 64

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

Cadre réservé au Médecin DR. AII RIFQI

**CARDIOLOGUE**

4, Imm. Chahrazad Av. Med

1er Etage - INEZGANE

Tél : 05 28 33 66 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/7/2020

Nom et prénom du malade : AATAR M Age : 69

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

Nature de la maladie : HTA - diabète

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 20 AVE Le : 27/7/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
27.7.20	C215		300 000	INF : 0411261835 <b>Dr. Ali RIFC</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 4, Imm. Chahrazad Av. 1er Etage - INEZGA

**Dr. Ali RIFI**  
**CARDIOLOGUE**  
4, Imm. Chattrazad Av. Med  
1er Etage - INEZGANE  
Tél : 05 28 33 66 41

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE ASSAFA</b>  <b>YOUSSEF BAITA</b>  <b>ELHOU DA AIT MELLOUL</b>  <b>TEL: 05276</b></p>	07.2010	672,60

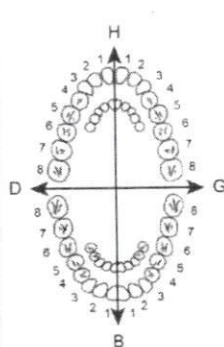
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

**Important :**

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

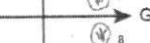
INP: | | | | , | | | |

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
				DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession




DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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

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 شهريزاد ( أمام البريد ) شارع محمد الخامس

الطابق الأول إنزكان

الهاتف : 05.28.33.66.11

Inezgane le : .....

27.7.20 إنزكان في

**ORDONNANCE**

AATAR Med

13A,50 x 2 - Starval 80 2  
47,00 x 2 - Cardiner 6 2  
157,80 x 2 - Rosuvast 1 2  
672,60 - 11:2 mg

**PHARMACIE ASSAFADr. Ali RIFQI**  
**Dr. YOUNES BAIT CARDIOLOGUE**

107 Lot ELHOUSA AIT MELLOUL Imm. Chahrazad Av. Med  
1er Etage - INEZGANE  
Tél : 05 28 33 66 11

کارڈینور

کارڈینور

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

کارڈینور

کارڈینور

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

PPV : 131 DH 50

Lot n° :

Exp. :

5192094

t n°:

P:

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

**Facture N° 538/20**

Reçu de M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>r</sup> : AA E.A.R n<sup>od</sup>

La somme de : 3000 dhs

Pour :

Consultation : 2000 dhs

ECG : 1000 dhs

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

AATAR  
Med.

MANUAL 20mm/mV  
I

27.7.20

MANUAL 20mm/mV  
aVR

ECG *avis anomalie*  
*significative*

aVL

aVF

MANUAL 10mm/mV  
V1

V2

V3

MANUAL 10mm/mV  
V4

V5

V6

Dr. Ali RIFQI  
CARDIOLOGUE

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

Tel: 05 28 33 33 33

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+I

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+I

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+I

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT