

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-637558

AN6822

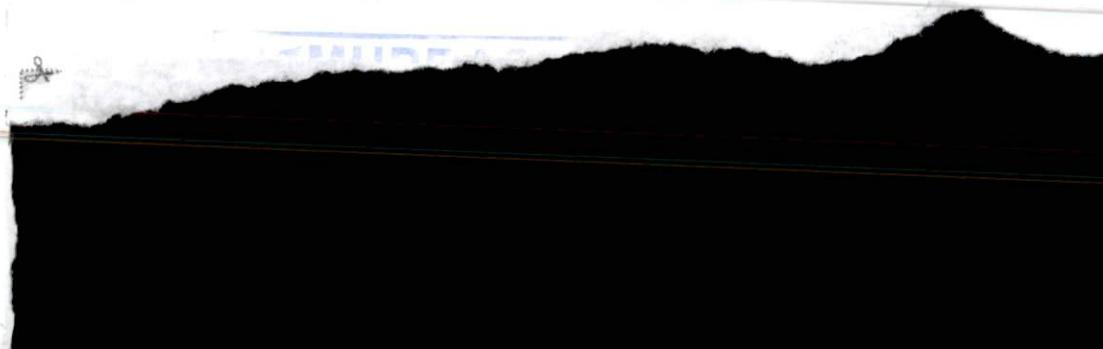
|   |                                       |  |                            |
|---|---------------------------------------|--|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique                                 | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |  |                            |
| Matricule : 3576                            | Société : RAY Retraite                |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : JAMAL EADINE HOUCINE |                            |
| Nom & Prénom : JAMAL EADINE HOUCINE         |                                       |  |                            |
| Date de naissance : 18/05/1972              |                                       |  |                            |
| Adresse : habituelle                        |                                       |  |                            |
| Tél. : Total des frais engagés              |                                       |  |                            |

|   |   |
|---|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin<br>Docteur AYOUBI Hassan<br>Cardiologue<br>80, Rue Ibn Rochd - Berrechid<br>Tél.: 022.32.65.84<br>H.T. 8 Heure 30 à 15 Heure |
| Cachet du médecin :   |   |
| Date de consultation : 18/05/2022   |   |
| Nom et prénom du malade : JAMAL EADINE HOUCINE  | Age:  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |   |
| Nature de la maladie : Diabète + coronaropathie   |   |
| 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 18/05/2022

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/05/2022      | CSA ECR           | 300,120 DT            | INPI: 061175584                 | Docteur AYOUBI Hassan<br>Cardiologue<br>80, Rue Ibn Rochd - Berrechid<br>Tél.: 022.32.66.84<br>M-F 8Heure 30 à 15 Heure |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Signature                              | 18/05/22 | 194,40 DA             |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |

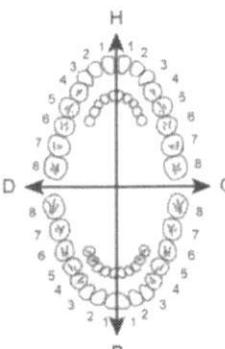
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| MONTANTS DES SOINS      |  |
| DEBUT D'EXECUTION       |  |
| FIN D'EXECUTION         |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| MONTANTS DES SOINS      |  |
| DATE DU DEVIS           |  |
| DATE DE L'EXECUTION     |  |

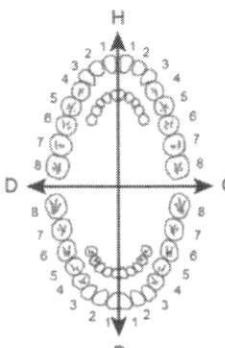


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[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



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الصغط  
والدورة الدموية - الفحص بالصدى و المولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

23,00

LOT: 22010 PER: 01/2024  
PPV: 171,40 DH

PC 18/05/2022

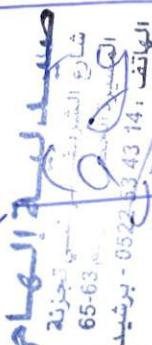
Jamal Eddine

HOU C ING

23,00 - Cardio Echopy

171,40

19445



Sur Rendez-Vous  
HORAIRES : 8h00 à 14h00 - Tel: 05 22 32 65 84  
VENDREDI : 8h00 à 12h00 - Tel: 05 22 32 65 84  
H.T: 06 72 12 00 82 à 15 Heure

80. زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84  
المستعجلات: 06 72 12 00 82