

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-423591

13290

MUPRAS  
RECEPTION 9

Autres



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4217

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 33 79 28 55

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AYOUBI Hassan  
Cardiologue  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid  
Tél.: 022.32.65.84  
H.T. 8Heure 30 à 15 Heure

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Eui-même

Conjoint

Age:

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 piconfidentiel 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 : BERRECHID

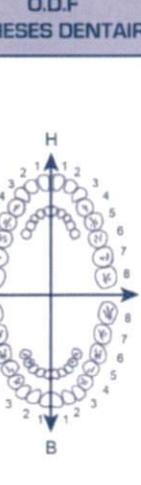
Le : 25/11/2018

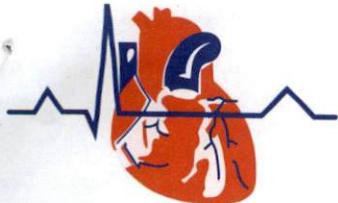
Signature de l'adhérent(e) :

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
25/11/19 C. S. E. G		250000		INP : INP : 061175504 Docteur AYOUBI Hassan Cardiologue M. Berrachid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture H.T. + T.V.A.
<i>Pharmacie de la Gare Dr ARRACHIDE Angla Rue Okba y Rue M... </i>	25.11.19	51.90
Rue 100 Km 32, 33, 34 Tél.: 022-32.65.57 Heure 30 à 15 Heure		

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
 <p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
	 <p><b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	G			00000000	00000000		35533411	11433553	Montants des soins <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
			00000000	00000000																
		D	G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																	
			Date de l'exécution <input type="text"/>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط  
وادارة الدموية - الشخص بالصدى والمولتير

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

25.11.15

INPE 06 11 75 584



061175584

KAHAPPATHIA  
KUSTAPHA

SA.90 Alonso  
ACP (j)



PHARMACIE DR ARFA KADIMA  
Angle Rue Ibn Rochd et Rue Nafil  
Berrechid

Dr. Hassan AYOUBI  
Cardiologue  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid  
Tél.: 022.32.65.84  
H.T. à Heure 00 à 16 Heure

بالموعد ع د SUR RENDEZ-VOUS

HORAIRE : 08h00 - 14h00

VENDREDI : 08h00 - 12h00

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

دالما

LOT : MD106  
EXP : 06/2020  
PPV : 51.90 D1

