

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

- 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.

N° W19-494128

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 22078			
Matricule : 8567			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : Royal AIR MAROC	
Nom & Prénom : CHABBAR, ASMAA			
Date de naissance : 15/11/1966			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 379.90 DH Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Amram RUIMY GENERALISTE Angle Rue Med Sedki et Rue du Gabon, 2 ^e Etage, Appt 7 Tél: 05.22.27.15.08 - Casablanca	
Date de consultation : /	
Nom et prénom du malade : Elme CHABBAR ASMAA Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : syndrome peau de loup	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20/05/2020	
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 : Le : **18/02/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **CA**

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
16/10/90	C	...	20000 FRS	<p style="text-align: right;">TAX</p> <p style="text-align: right;">INP : 0011111111111111</p> <p style="text-align: right;">DOCTEUR M. RUIMY</p> <p style="text-align: right;">GENERALISTE</p> <p style="text-align: right;">MEDICO-SEURISS, ADP</p> <p style="text-align: right;">05.22.27.15.08. - C</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/2020	179,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

RELEVÉ DES FAIS 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 prot^heses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RUIMY Amram
GENERALISTE

Diplômé d'échographie clinique de la
Faculté de Médecine de Montpellier

Résidence Oumaïma
Angle Rue Mohamed Sedki
et Rue du Gabon
2ème étage, Appt 7 - Casablanca
Tél.: 0522 27 15 08

الدكتور رويمي أرمام
الطب العام

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بعونوولي

إقامة أميمة
زاوية زنقة محمد سدقى
و زنقة الغابون
الطابق الثاني، شقة 7 - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 27 15 08

Casablanca, le 16 FEV. 2020 الدار البيضاء في :

D'chabbab Amaa ,



Amram RUIMY
GENERALISTE
Rue Mohamed Sedki et Rue du
Gabon 2ème Etage, Appt 7
Tél: 0522 27 15 08 - Casablanca