

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-480219

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

Maladie  Dentaire  Optique  A  
Cadre réservé à l'adhérent (e) **22998**

Matricule : **10344** Société : **RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : **BOUFAKRI MOHAMED**  
 Date de naissance : **01/01/1968**  
 Adresse : **habituelle**  
 Tél. : **05 22 49 9002** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin **DE AMRAN RUIMY**

Cachet du médecin : **GENERALISTE**  
 Angle Rue Mohammed Sedki et Rue du Gation, 2<sup>e</sup> Etage, Appt 7  
 Tél: 05 22 20 15 08 - Casablanca  
 Date de consultation : **18/02/2020**  
 Nom et prénom du malade : **N° Boufakri Ayoub** Age: .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **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  
 ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....  
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-480219

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....

**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
16 FEV. 2020				<i>Dr. M. Ruimy</i> ANSNE Rue GENERALISTE Gabon, 2e Etage, App. 7 05.22.27.15.08 - Casablanca

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAD 1.3.5 Rue Abou Madi 66 RECHID Tel: 0522 33 64 01	16/02/20	2270

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		28533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		28533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur RUIMY Amram  
GENERALISTE

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

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

LOT :  
PER :  
PPV :

الدكتور رويمي  
الطب العام

حاصل على دبلوم الفحص بالمسطح  
من كلية الطب بمونبولي

إقامة أميمة  
زاوية زنقة محمد صدقي  
وزنقة الغابون

الطابق الثاني، شقة 7 - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 27 15 08

22,70

Casablanca, le 16 FEV. 2020 : الدار البيضاء في

D. Boufaki Ayoub,

22,70

Boufaki Ayoub

S.V

Handwritten signature and scribbles

22,70

Dr. Amram RUIMY  
GENERALISTE  
Angle Rue Med Sedki et Rue du  
Gabon, 2e Etage, Appt 7  
Tél: 05.22.27.15.08 - Casablanca

Pharmacie ALAFAO  
1.3.5 Rue Iliabou Mad  
BEARRECHID -  
Tel.: 0522 33 64 0