

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



Déclaration de Maladie  
M22- 0027651

## 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : DADUD NABIL  
Date de naissance : 11 08 - 1968  
Adresse : 31 Avenue Hassan Boukhanou  
20060 Casablanca  
Tél. : 0661 31 66 64 Total des frais engagés : 340 € Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
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 : Casablanca Le : 01 / 09 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

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





**Centre Cœur & Santé**  
Bernoulli

**FACTURE**  
**Echocardiographie d'effort**

Je soussigné, Dr KAMAMI Iris certifie que **Monsieur DAOUD Nabil** s'est acquitté de la somme d'un montant de 230.00 € pour le règlement de son échocardiographie de ce jour.

Cotation : DZQM002 + PAV

**Le mardi 20 juin 2023**

**Dr KAMAMI Iris**

**Centre Cœur et Santé**  
Bernoulli  
*Facture Acquittée*

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

### PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **DAOUD Nabil**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance **11081963**

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le médecin)

### ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

### ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

### DOCTEUR FANON LAURIE

03 PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

### MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

3 RUE BERNOULLI

SELARL

75008 PARIS

=> 75 1 73385 8 00 3 31 0 03 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1 (cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers : non  oui  date J J M M A A A A

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

AT/MP numéro ou date J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique  urgence  hors résidence habituelle  médecin traitant remplacé  accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
20062023	E3QH001				110,00				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

110,00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer