

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 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

0 Réclamation : contact@mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-456324

ND: 32141

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09626 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zemmama Kaouthar

Date de naissance : 31/12/1968

Adresse : 38, Rue Ahmed Naciri, P2 Emier

Tél. : 0662134153 Total des frais engagés : 378,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AINAM BUI MY
18 JUN. 2020 GÉNÉRALISTE
Angle Rue Méd Sedki et Rue de Gabon, 2e Etage, Appt 7
Tél: 0577 7714 08 Casablanca

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : Zemmama Kaouthar Age : 51

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pratique simulée

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Casa

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

15 MARS 2020

200 M

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

11/03/2020

178.65

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	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

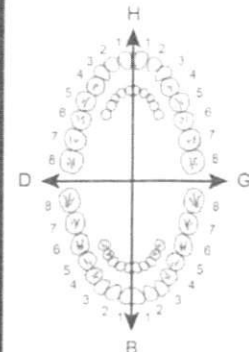
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse

VISA 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 Oumaima

Angle Rue Mohamed Sedki

et Rue du Gabon

2ème étage, Appt 7 - Casablanca

Tél.: 0522 27 15 08

الدكتور رويمي أمرام
الطب العام

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبولي

إقامة أميمة

زاوية زنقة محمد صدقي

و زنقة الغابون

الطابق الثاني، شقة 7 - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 27 15 08

Casablanca, le 1.5 MARS 2020

الدار البيضاء في :

Mme Zammama Kamthar

Pharmacie EL ANADE.
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél. 05 22 64 33

PPV: 138,30 DH
LOT: 612756
PER: 03/21

Infant Troxy Cp (S.V.)
138.35

Lep mult et se 8K

Modol fen 400 mg Cp (S.V.)
30.00 rep x 3/1 ✓

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V.: 30DH00
LOT: 5MA055
PER: 05/2022
6 118000 061878

Dolipane Troxy Cp (S.V.)
10.35 rep / 4 heures 38-
178.60

DR. AMRAM RUIMY
GENERALISTE
Angle Rue Med Sedki et Rue du
Gabon, 2e Etage, Appt 7
Tél: 05 22 27 15 08 - Casablanca

PER: 01/22
LOT: 1174