

# 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.

## Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 045042

60980

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Jamal EL ABBAD BOUDSID

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Rue Abderrahim Boudsid

Hay RATHA

Tél. : 06 55 59 08 31

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LALAMI Meriam

Cardiologue  
Angle Bd. 10 Mars et Bd. Allal Hourair  
Imm N° 31 Etage N°3 Sidi Othmane  
Tél : 05 22 57 22 82

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/02/2021

Nom et prénom du malade : Jamal EL ABBAD BOUDSID Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome de coquel + maladie coronarienne

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 : .....

Le : 24/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : .....

RAM

## 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
18/02/2021	consultat	300 dh		
20/02/2021	Echo	1000 dh		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS 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 prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr . Lalami Meriam**

**Spécialiste des Maladies  
du coeur et de vaisseaux**



**دكتورة العلمي مريم**

**إختصاصية في أمراض  
القلب و الشرايين**

diplôme en cardiologie de l'université de Bordeaux - France

تخطيط القلب

الشخص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

تسجيل مستمر للكشف و تخطيط القلب

تخطيط العهد

Diplômée en échocardiographie Doppler  
de l'université de Bordeaux - France

ECG - Echographie Doppler du Coeur et des vaisseaux

Holter tebisionnel et rythmique

Epreuve d'effort

Casablanca le : .....

18/02/2021

**Mme JAMAL EL ARAB Najat**

Dr. Lalami Meriam  
Cardiologue  
Angle Bd. 10 Mai et Bd. Abou Hourair  
Imm N° 31 Etage N°3 - Sidi othmane  
Tél : 05 22 57 22 82

**NOTE D'HONORAIRE**

<b>Actes</b>	<b>Montant</b>
Consultation	300,00
Echo Doppler	1 000,00
<b>Total :</b>	<b>1 300,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**MILLE TROIS CENTS DIRHAMS**



Dr. Lalami Meriam  
Cardiologue  
Angle Bd. 10 Mai et Bd. Abou Hourair  
Imm N° 31 Etage N°3 - Sidi othmane  
Tél : 05 22 57 22 82