

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.

éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



~~Accord AM~~
Déclaration de Maladie

N° P19- 0042465

Intérêt de l'assuré
 Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12635

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABBASSI AMINE

Date de naissance : 24.10.1984

Adresse : 334 Boulevard Abd elmoumen Ap 126

CASABLANCA

Tél. : 06 51 966 976 Total des frais engagés : 11309 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : ABBASSI amine Age : 36

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tendinite d'épaule

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

Signature de l'adhérent(e) : ABBASSI AMINE

Le : 10/03/2020

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
10/03/20	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	
My Kiné 85 Avenue de l'Angle B Tunisie	10/03/2020	Demande d'accord pour 5 séances de Ammg 12				1500.dhs soit 300.dhs/se
	10/03/2020	Demande d'accord pour 20 Séances de Ammg				4000.dhs soit 200.dhs/se

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

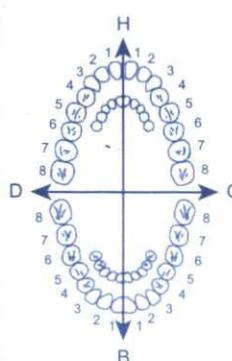
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

2023-2024 Catalog - University of North Carolina at Pembroke

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Devis/ demande d'accord



Date : 10/03/2020

Prévention - Rééducation - Entretien

5 séances de Amm₁₂
pour onde de choc

Au prix de 1500 dhs (soit 300 / séance)

Adresser à Mr Abbassi Amine

Durant la période du 10/03/2020 au 5 séances

Sur ordonnance du Dr Mounia Sabri

Signature:


My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub El Manssour
et Rue Hassi Heddine 1 Etage
Fixe.0522 996 212

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 8729339

IF : 24847240

ICE : 001939724000080

Adresse: 85 Yaacoub El Manssour 1er etage N°1

Tél: 0522 996 212

E-mail: contact@mykine.ma

Devis/ demande d'accord



Date : 10/03/2020

Prévention - Rééducation - Entretien

..... 20 séances de Ammg
pour Rééducation de l'épaule droite due à une
Tendinopathie



Au prix de 4.000 dhs (soit 200 ./ séance)

Adresser à 91^r Abbassi Amine

Durant la période du 10/03/2020 au 20 séances

Sur ordonnance du Dr Mouria Sabri

Signature:

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
Angle Bd. Yacoub El Mansour
Rue Nassreddine 1 Etage
Tél: 0522 996 212

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 8729339

IF : 24847240

ICE : 001939724000080

Adresse: 85 Yaacoub El Mansour 1er etage N°1

Tél: 0522 996 212

E-mail: contact@mykine.ma