

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 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 |

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.



Declaration de Maladie

N° W19-498420

24989

A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 9416		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : JGHIOUER HICHAM		
Date de naissance : 29/01/1973		
Adresse :		
Tél. : 0661920722		
Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté :
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aura un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at ^e médecin conseil de la Mutuelle.
12 MARS 2020



Age:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : ACCUEIL SIEGE RAM Le : 12 MARS 2020
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre ANIR de Kinésithérapie. <i>Pam</i> 04A 196 Portes Marrakech Massira - Marrakech Tél. 05 24 01 76 48 ICE : 00023152900076	10/02/20 10/03/20	10	0	0	0	1500 Dhs

VIOLET ADHESIVE

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

FACTURE

Centre Anir de Kinésithérapie SA

Appt 04 Immeuble 196, Portes de Marrakech

Massira 3 Marrakech



FACTURE A :

Mme LISAEPPIPHADE

Facture N° ...114.../2020

Date :11.10.31.2020..

Centre ANIR de Kinésithérapie
04A 196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE : 000231529000076

QTE	DESIGNATION	PRIX UNIT TTC	MONTANT TTC
1 pauc			
10102120	108 séances de Rééducation pénioreale.		1500 .
Ama			
02103120			
		TOTAL TTC	1500 Ddh

Centre ANIR de Kinésithérapie
04A 196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE : 000231529000076

Mme Lisa Epiphane.

10/02/2020	→ 10h00	21/02/2020	→ 16h00
12/02/2020	→ 11h00	24/02/2020	→ 16h00
14/02/2020	→ 12h00	26/02/2020	→ 12h00
17/02/2020	→ 10h00	28/02/2020	→ 10h00
19/02/2020	→ 10h00	02/03/2020 .	→ 10h30.

Centre ANIR de Kinésithérapie
24A 196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE : 000231529000076