

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

- 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

26989

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9416 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IGHIOWER HICHAM

Date de naissance : 29/01/1973

Adresse :

Tél. : 0667926122 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL SIEGE RAM Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

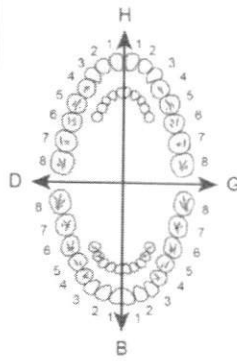
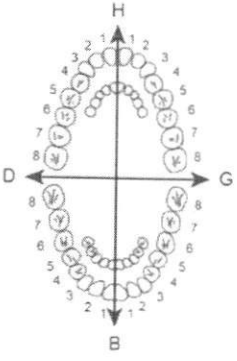
[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre ANIN de Kinésithérapie 04A 196 Portes Marrakech Massara - Marrakech Tél. 05 24 01 76 48 ICE : 0002315290000	10/02/2010 10/03/2010					15000 15000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

FACTURE

Centre Anir de Kinésithérapie SA

Appt 04 Immeuble 196, Portes de Marrakech

Massira 3 Marrakech



FACTURE A :

Mme LISA EPIPHANE

Facture N° ...111.../2020

Date : ...11/03/2020...

Centre ANIR de Kinésithérapie
04A 196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE : 00023152900076

QTE	DESIGNATION	PRIX UNIT TTC	MONTANT TTC
10/02/20 10/02/20	10 séances de Rééducation périodique.		1500
Année 02/03/20			
		TOTAL TTC	1500 DH

Centre ANIR de Kinésithérapie
04A 196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE : 00023152900076

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
196 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél.: 05 24 01 76 48
ICE: 00023152900076