

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

Education :

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.

Prothétique :

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.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

NSD:

46489

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0025502

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHINI NAIMA

Date de naissance : 1965

Adresse : Rue 162 NR 37 ETG 2 GR K3

oufia

Tél. : 07 50 22 07 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2006

Nom et prénom du malade : ELINA CHINI Naima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/11/2020	C			<i>Dermato - Venerologie GSM: 06.50.51.43.46 NPI: 1922360941051 14/11/2020</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE M. ZEKRI ALDOUFA Docteur en Pharmacie 0222222222 Casablanca - Tel: 0522 90.51.12 ICE: 002291220000074</i>	10/11/2020	M. 41,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	G	DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

ASSOCIATION MAROCAINE
DE PLANIFICATION FAMILIALE
Organisation Marocaine des Droits en SSR
Branche de Casablanca



الجمعية المغربية لتنظيم الأسرة
المنظمة المغربية للحقوق
في الصحة الجنسية والإنجابية
فرع الدار البيضاء

CE: 0022201220000071
ABDAR
022248D QAD MOROUGA 51.13
Document en format PDF
ZEKRI Abdellah
MAMOURA
YOUSSEFI
ALI MOUTOUYA

Casablanca le : 10/11/2022

Ordonnance

Nom -Prénom : El Hazzali Naima
Numéro AMPF :

30, w

✓ } location 1

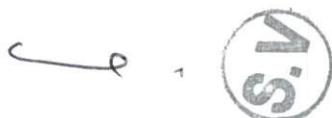


US, w } Repartnerie



39,60 x my le sw x 15

7 Exo clair



my le nettoyage x 15

T = 111,60

Dr. DISKY Asmaâ
Dermato - Venereologie
GSM: 06 60 50 50 50

051144105

10, rue El Koutoubia hay Al Hana, rue 30 CASABLANCA
Tél: 05 22 36 09 14 Site web : www.ampf.org.ma

PCR:07/2023
01/01/2023
LOCATOP 0,1%
CREME T30G

P.P.V:30DH00



6 118000012061

BN: 1812718
EXP: 01-2022
PPV: 45,00 DH

LOT M0030
EXP MAI 2025
PPV 39,60 DH