

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-471282

9/16/2

172503



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 161232 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hajri AHMED

Date de naissance : 13-02-64

Adresse : MEME ADRESSE

Tél. : 0668984554

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/2013

Nom et prénom du malade : El Khatib Khadija

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DE MÉDECIN

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : LA VIE

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 : DR KHADIJA EL KHA

Signature de l'adhérent(e) : El Khatib Khadija

Le : 18/07/2013

## 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
16/07/2023	C	1	1000	INP : 01043323 Dr. Khaoula Dermatologue INP : 01043323

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/07/23	255.80

## **ANALYSES - RADIOPHGRAPHS**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 18/07/23

Ordonnance

Nom -Prénom : Khadija EL kholti

Numéro AMPF :



1) My K 1%

Crème

entre les oreilles

70.00

les soins

2) Tegumax crème le matin

pdt 1 mois

20.00 x 2

3) Enerderm crème (x 2 boîte)

le Soir pdt 1 mois

4) Cinnomillo Blu gel suryas  
à rincer

5) MD centidy 3D Ecran total  
chq 2 heures.

Bureau Régionale

4, OP, Hadikat Oum Rabii, Avenue Ibn Sina GH5, RDC, Appt DIS Hay Hassani, Casablanca

E-mail: ampf@iam.net.ma - Site web: www.ampf.org.ma

Tél : 05 22 89 77 77

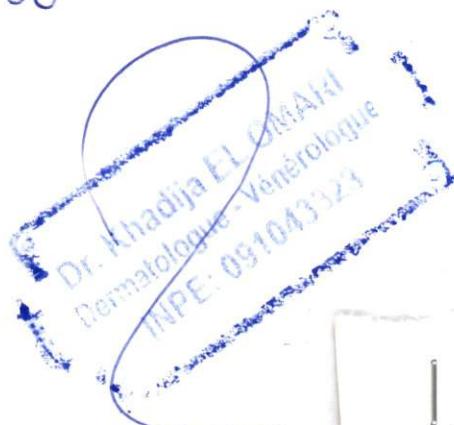
1) Nomic 150 mg

2 gel / Semaine

soit 2 mois

$$T2.90 \times 2 = 145.80$$

$$T = 255.80$$



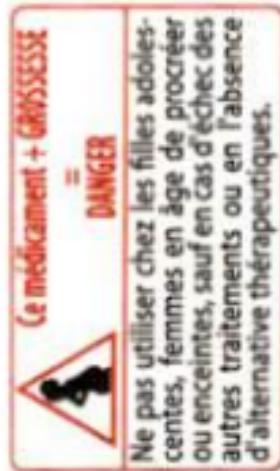
ڦڻڻ ڪو ناز ڦول

LOT 230036  
EXP 01/26  
PPV 72DH90



4

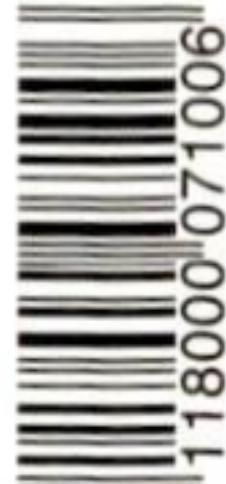
٤



افریق - فارسی AFRIC - P H A R

NONMYC® 150 mg

## 4 Gélules



6 118000 071006