

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.

N° W21-786906

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>11290</u> Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <u>BIRECH MOHAMMED YASSINE</u>			
Date de naissance : <u>28/08/1983</u>			
Adresse : <u>RES VERT HABIE VILLA 55</u>			
DAR BOUAZZA - CASA			
Tél. : <u>0669797542</u> Total des frais engagés : <u>1664,00 Dhs</u>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila GHAZALI
PEDIATRE
Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza
Tél: C. 0522 98 33 90
Gsm: 0661 133 298

Date de consultation : 12/05/93

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

UNICAE

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 : Casa

Le : 16/05/2023

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
12/05/23	CF 52	301 000		INP : 109111111 Dr. Dalila GHAZAL, PEDIATRE Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza Tél: 0522 98 33 90 Gsm: 0661 133 298

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
OCEAN BAY PHARMACEUTICALS Route d'Agadir Km 29 Dar Bouazza Tél: 05 22 29 08 29 062360 10 32960411	12/05/23	364.50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis labeled H is at the top, and a horizontal axis labeled G is to the right. A point B is marked at				

Docteur Dalila GHAZALI
PEDIATRE

Spécialiste des maladies
de l'Enfant et du Nourrisson
Diplômée des Universités de Paris
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris
Lotissement Littoral 2, Immeuble n° 20 ,1ère etage
Dar bouazza
Tél.Cabinet : 05 22.98.33.90
Urgences : 06 61.13.32.98
INP : 091067470



الدكتورة دليلة غزالى

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
خريجة جامعة باريس
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

إقامة لطوال 2. عمارة رقم 20
الطابق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90
المستعجلات : 06 61.13.32.98
INP : 091067470

le : 18/05/23

Eufant BIREEH
Sammy .
2a gm .

364.00

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCCAN BAY SIDI AU
Route d'Almammouine km 15
Dar Bouazza 29000 Casablanca
Tél : 05 22.98.29.08 29
Fax : 300360 - Tél : 3286041



Titulaire de l'AMM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع

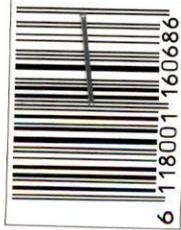
Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/ الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Liberé par/

يتم إصدار شهادة من قبل
Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/ هولندا

VARIVAX® vaccine
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
BPV 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



Jr. Dalila GHAZALI
PEDIATRE
ot Littoral, Imm 20 - Dar Bouaz
Tél: C. 0522 98 33 90
em: 091067470