

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W21-786906

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12290 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIRECH MOHAMMED YASINE

Date de naissance : 28/10/1983

Adresse : RES NERT HOUE VILASS

DAR BOUAZZA - CASA

Tél. : 0669 78 75 42 Total des frais engagés : 664,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : Age: 2021

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

Nature de la maladie : 001010

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 : 15/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVÉ 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	05/02	300	000000	INP : 0000000000
				Jr. Dalila GHAZAL PEDIATRE Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza Tél: C. 0522 98 33 90 Gsm: 0661 133 298

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DE L'OCEAN BAY 58000 Route d'Azoum pour Km 10 Dar Bouazza Casablanca Tél: 05 22 29 08 29 05 22 29 08 29	12/05/23	364.00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : 0000000000
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 غزالي

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
خريجة جامعة باريس  
طبيب داخلي سابقا 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

Eufant BIRECH  
Sammy.  
La Gm.

le : 19 05 83

VARIVAX  
364.00  
e dose



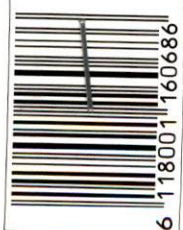
### Titulaire de l'AMM et fabricant/ صاحب رخصة التسويق والمصنع

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

### Libéré par/

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

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



PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY S&L Au  
Route d'Alger, 15  
Dar Bouazza  
Tél: 05 22 29 08 29  
06 30 93 60 11

Jr. Dalila GHAZALI  
PEDIATRE  
ot Littoral, Imm 20 - Dar Bouaz  
Tél: C. 0522 98 33 90  
06 61 13 32 98