

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° W21-804483



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 12 941

Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B. A. S. R. I.

you re ESS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660 16 41 09

Total des frais engagés :

944,00

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

Date de consultation : 07/04/23

Nom et prénom du malade : BACRI Iuis

Age : 80/2

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : INSOE

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : Casablanca

Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
07/23	CS-C2	200,00 dt		INP : 091067070 Dr. Dalila GHAZALI 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 Fourguier	Date	Montant de la Facture
 	27/7/23	641,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, 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

The diagram shows a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and the vertical axis labeled 'H' at the top. The teeth are arranged in a curve, with the numbered teeth following a specific pattern along the curve.

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
plômée des Universités de Paris
Spécialiste 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



Lot W023066

W023066

EXP 21-07-2020

05



07 09 82

True

280.

④ INFARCTUS ^{häm}
akrose

② Overdose 100,000 (

364.

1 a.m. all I press

③ VARIVAX

1 dose

72644-2



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