

## 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 canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prese en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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



## Déclaration de Maladie

N° W21-717122

175155

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 12513 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAICHA GHITA

Date de naissance : 17 lot EXCELENCE ITHO

Adresse : DAR BOUAZZA

Tél : 10/04 / 1985

Tél : 0670636123 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/23

Nom et prénom du malade : CAZAK

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

Nature de la maladie : UROE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, l'adhérent s'engage à informer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle :

12 SEP. 2023

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) :

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant detaille des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes                                                 |
| 09/09/23                       | G5-C2             | 300,00                |                                 | Dr. Dalila GHAZALI<br>PEDIATRE<br>st Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza<br>Tel: 0522 98 33 90<br>Gsm: 0661 133 298 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                            |            |                       |
|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet et signature du Pharmacien ou du Prescripteur | Date       | Montant de la Facture |
|                                                      | 09/09/2023 | T = 326,10            |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|                                                     |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant detaille des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                                           |                  |             |                                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Important                      |                                           |                  |             |                                                                                           |
| SOINS DENTAIRES                | Dents Traitees                            | Nature des Soins | Coefficient | D.E.F. ENT<br>DES TRAVAUX<br>MONTANT<br>DES SOINS<br>DATE DE<br>D.E.F. ENT<br>DES TRAVAUX |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | D.E.F. ENT<br>DES TRAVAUX<br>MONTANT<br>DES SOINS<br>DATE DE<br>D.E.F. ENT<br>DES TRAVAUX |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
|                                | [Creation, remont, adjonction]            |                  |             |                                                                                           |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |
|                                |                                           |                  |             |                                                                                           |

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

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

خريجة جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

إقامة لطورال 2, عمارة رقم 20

الطابق الأول, دار بوغزة - الهاتف : 05 22.98.33.90

الاستعجلات : 06 61.13.32.98

INP : 091067470

le :

09 09 23

Enfant LAZAK  
Lila  
2a 2h

1) HAURUS 720

186,90

T = 326,10

2) PRIORAL 720

139,20

3) UVEDOSE

100,000 U

1 sup -

PHARMACIE DES LITTORALS  
DE L'OT LITTORAL  
AU  
15  
05 22 29 08 29  
RC : 399369 - T.P. : 32960411

Jr. Dalila GHAZALI  
PEDIATRE

ot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza

Tél: C. 0522 98 33 90

Gsm: 0661 133 298

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 186,90 DH  
ID: 648946  
118001 140619

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
ID: 652283  
6 118001 140923

Dr. Dalila GHASALI  
PHARMACIENNE  
51 Boulevard Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 0377 88 11 90  
Fax: 0377 134 134