

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° W21-786912

A 79815

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12299		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BIРЕCH MOHAMMED YASSINE		
Date de naissance : 27/09/1983		
Adresse : RES NEXT HOUSE VILLA ST DAR BOUAZZA - CASA		
Tél. : 0669791742 Total des frais engagés : 4413,50 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 : 10/9/093		
Nom et prénom du malade : BIРЕCH SAMMY Age: 20		
Lien de parenté : Lui-même		
Nature de la maladie : Rhume		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20-07		
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 : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Yassine



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. HEDDA RIZAA Adresse: Dar El Kenz E2 - DAR BOUAZZA 20 13 28 69 T-04645	11.10.23	113.50

Cachet du Pharmacien
ou du Fourmeleur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

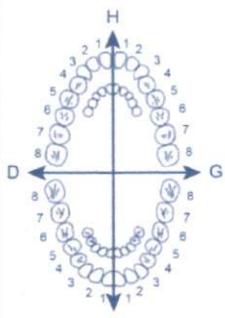
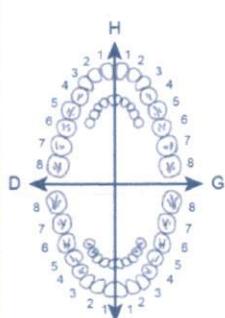
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE 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 étage
Dar bouazza
Tél. Cabinet : 05 22.98.33.90
Urgences : 06 61.13.32.98
INP : 091067470



الدكتورة دليلة غزالى
إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
خريجية جامعة باريس
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

إقامة لطوارى 2، عمارة رقم 20
الطابق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90
المستجدلات : 06 61.13.32.98
INP : 091067470

le : 11.10.93

Eufau Bébé
Sammy.
18/15 2e 1/2

PHARMACIE DAREL KENZ
DR. D. GHAZALI 22/28
Résidence E2 - 101-1 - El Kenz
101-1 Hammam E2 - Tél. : 05 22.98.33.90
INP : 091067470

① SERUM PHYSIO
NaCl 0.9% 100 ml
93.50

② OTOSAN spray Nasal
1 pulle x 3/j 3/j

③ SUPPOSEDAE suppo eufau
1 supp x 3/j 3/j

Total M 3.50

PHARMACIE DAREL KENZ
DR. D. GHAZALI 22/28
Résidence E2 - 101-1 Hammam E2 - Tél. : 05 22.98.33.90
INP : 091067470



r. Dalila GHAZALI
PEDIATRE
ot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza
Tél: C. 0522 98 33 90
Fax: 06 61.13.32.98

OTOSAN®

ISOPHARM
OTOSAN
NASAL BABY
93.50 dhs

يزيل الاحتقان

NASAL
SPRAY
Baby

20,00

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

BRANDNAME OF THE KIDS
OTOSAN NASAL SPRAY FOR KIDS
LITTLE COULD BE BETTER FOR KIDS
LITTLE COULD BE BETTER FOR KIDS

BRANDNAME OF THE KIDS

OTOSAN NASAL SPRAY FOR KIDS

OTOSAN NASAL SPRAY FOR KIDS