

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-436927

42237 APR

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 12237			
Matricule :		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : MAMAI MICHAMY			
Date de naissance : 08/12/82			
Adresse : MICHAMY@GMAIL.COM			
Tél. : 0661646546		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Dalila GHAZALI PEDIATRE	
Res Littoral 2 N° 20 Dar Bouazza	
Tél: 05 22 08 33 80 / 05 51 133 298	
Date de consultation : 31/08/2010	
Nom et prénom du malade : NAHÉF	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : CONFORTABLE ACCUEIL	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/08/2010

### 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
20023 05/05			300000	INP : 091067140  Dr. Dalila GHAZALI PEDIATRE Res Littoral 2 N° 20 Dar Bouazza Tél. 05 22 98 33 90 / 06 61 133 298

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DAR BOUAZZA RAHZOUKI Anna Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93 Tél. 0522 29 01 74 - Dar Bouazza	31/181/20	193.60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

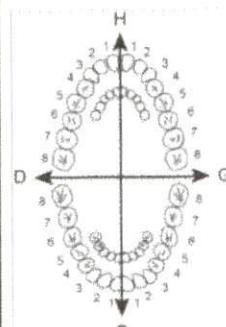
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>



ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

# 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  
خريجية جامعة باريس  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

إقامة لطوارى 2، عمارة رقم 20

الطابق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90

المستعجلات : 06 61.13.32.98

INP : 091067470

le : 31 08 2020 -

Eufaure JAHU  
Ali

68,00  
Sail M



cellule

2 goutte

sgj tj

109,00 <sup>L2</sup> HYDRA Med Night

gel

dapple est too le sui

au chouk

16,6,3 LOCAPRED pomade

Dr. Dalila GHAZALI  
PEDIATRE

Res Littoral 2 N° 20 Dar Bouazza  
Tél : 05 22 98 33 90 / 06 61 133 298

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOURA Amina  
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93  
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
68.00 DH

HydraMed night  
PPC 109,00 DH

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G  
P.P.V : 16DH60  
PER : 02/2022  
6 118000 010951