

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-645632

82076

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18290

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BIRECH MOHAMMED YASSINE

Date de naissance :

28/09/1983

Adresse :

REG NEAT HOUSE VILLAGE
DAR BOUAZZA CASAB

Tél. :

0669 79 75 48 Total des frais engagés : 1471,05 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin DR. Datila GHAZALI

PEDIATRE

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/07/2012	CEFCO	300,000		Dr. Dalia 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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/21	1171,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11423553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21423552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11423553	<hr/>		B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21423552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11423553																		
	<hr/>																			
	B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

Docteur Dalila GHAZALI

PEDIATRE

Spécialiste des maladies
de l'Enfant et du Nourrisson

Diplômée des Universités de Paris

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Lottoissement 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

خريجة جامعة باريس

طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

إقامة لطوال 2 . عمارة رقم 20

الطابق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90

المستجلات : 06 61.13.32.98

INP : 091067470

le : 27 07 21



760,00 (i) Prellence 13

411,00 1 dose
(e) HEXAXIM 1 dose



RC : 399369 - T.P. : 3250411
Tél : 05 22 28 08 29
Dar Bouazza - Casablanca
ROUTE D'AZEMMOUR KM 15
DE LOCCÉAN BY SIDI AU
PHARMACEUTICS JARDINS

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