

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° W21-777813

AS3643

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 :

REJ NGXT HOUSE VILLAS
DAR BOUAZZA - CASA

Tél. :

0669 79 75 42 Total des frais engagés : 1529,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

16/01/2023

Nom et prénom du malade :

BIRECH Sallam

Age: 22 M

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

17 MAR. 2023
ACCUEIL
MUPRAS



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
11/01/2023	5 = 5		300,00 DH	INP : 091067110 Dr. Dalila GHAZAL PEDIATRE lot littoral 5 - 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DAR EL KENZ DR. BIDDA Rajaa</p> <p>Résidence Dar El Kenz 101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA Tel : 05 20 13 28 69 Tel : 092104645</p>	14-1-23	229 —

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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 border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												
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 غزالى

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
خريجة جامعة باريس
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

إقامة لطوارل 2، عمارة رقم 20

الطابق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90

المستعجلات : 06 61.13.32.98

INP : 091067470

le : 11/01/93

PPV	170H50
PER	10/25
LOT	L3452

PHARMACIE DAR EL KAFNA
DR. BIDDA RA
Résidence
101-1 Té : 05 22.98.33.90
INP : 091067470

N° de lot/Date de Péremption :
Lot : k3073
Fab : 12/22 PER : 12/22
250 mg / 5 ml - Flacon de 100 ml
NEOMOX®
amoxicilline
بِهْمُوكَس®

D. Dalila GHAZALI
PEDIATRE
Lotissement Littoral n° 20 Dar Bouazza
Tél. : 05 22.98.33.90
INP : 091067470

Bebe BÉRECH
Samy.
Lam.
14/09
pp. -
① PHARM 10 ml
17.50 1 fl / Narine
2) Doli ped 18
33.60 1 dose n° 10 x 41
1 i : ③ NEOMOX 18 - sirop
18.50 1 CM 1/2 x 3 1/2
④ APIXOL sirop 18
9.99 1 CAC x 3 1/2

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

16 unidoses

10 ml

À chaque fois
que l'œil est irrité



8 032578 479263

Lot: 220619

À consommer

avant le: 08/2025

PPC: 79,50 DH