

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Nº W21-801757

165847

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	18290	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BIRECH MOHAMMED YASHINE
Nom & Prénom :		28/09/1983	
Date de naissance :		RESIDENT HOUSE VILLAGE DAR	
Adresse :		BOUAZZA - CAPA	
Tél. :	0669797542	Total des frais engagés :	4329,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	Dr. Dalila GHAZALI PEDIATRE Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza Tél: C. 0522 98 33 90 Gsm: 0661 133 208
Date de consultation :	29/09/2023
Nom et prénom du malade :	BIRECH SAMYF
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	BRONCHITE
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 Le : 29/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
29/05/2015	CGG	300,00	00	INP : 09100671040

**Dr. Dalila GHAZAL**  
**PEDIATRE**  
Lot Littoral, 1mm 20 - Dar Bouazza  
Tél: 0522 98 33 90  
Gsm: 0661 133 298

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/23	129,80 dh

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**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 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 : 29 05 93

Eufau BIRECH

Sommeil

14,46 2a  
16,40 -

AS

MODIBRANC Sing 2

↓ CaC x 3/j

AS

14,50.

③ Doli peel ↓ dose n° 15 x

96.

AS

HUMER spray Nasal  
↓ poés par



$\text{Q} = 129,90 dh$

PHARMACIE DAR EL KARIM  
DR. BIDDA RAIZZ  
Résidence Dar El Karim  
101-1 Imme E2 DAR EL KARIM  
Tél: 05 20 13 12 12  
INPE: 09210

