

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

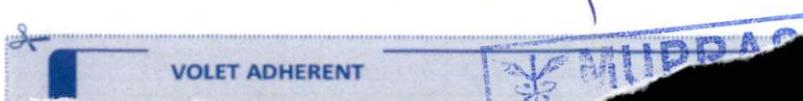
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12941	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BASRI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0660166105	Total des frais engagés :	342,45 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :	29
Date de consultation :	107/23
Nom et prénom du malade :	BASRI INES
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	OTITE EXCORÉE
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	04 AOUT 2023
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.	
Age:	8q/15
<input type="checkbox"/> Enfant	
ACCUEIL	

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) : 29/10/23



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
29/7/2015	CS-C2	300,0000		INP : 5941067470 Dr. Dalila GHAZALI PEDIATRE Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazzé Tunis, C. 00522 09 22 99

• EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE HARISSA Distributeur et Vendeur nt Ocean Palm CH3 Imm. 9 Route Dazemnouf Dar Bouazza 12520623163 - INPE: 092203613	25/07/2023	47,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS						
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION						

Docteur Dalila GHAZALI

Spécialiste des maladies
de l'Enfant et du Nourrisson
Diplômée des Universités de Paris
Médecine Interne des Hôpitaux de Paris
Centre 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
خريجة جامعة باريس
طبيب داخلى سابق بمستشفيات باريس

إقامة لطوارل 2، عمارة رقم
الطبق الأول ، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90
المستعجلات : 06 61.13.32.98
INP : 091067470

INP : 091067470
Eufant Basri

le : 29 07 93

13,40

ANTIBIÓSICAS

SV

28,00

2 goutts ^{per} x 3(;

gentle aerial

Cocciidie brème

SV

→ Tegutyo.

DAHLIA MAG. N. 1
Dahlia magenta
DAHLIA MAGENTA
DAHLIA MAGENTA
DAHLIA MAGENTA
DAHLIA MAGENTA

Dr. Dalila GHAZAL
PEDIATRE
107 Littoral, Imm 20 - Dar Bouazz
Tél: C 0522 98 33 90
Gsm: 0551 133 208