

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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

W21-832751

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12292 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAYLI HICHAM

Date de naissance : 19/04/67

Adresse :

Tél : 06 61 64 45 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Dalila CHAZALI

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/22

Nom et prénom du malade : MAYLI ALI Age: 11

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CAS Le : 15/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
15/12/23	5-12	300,00	197,10	Dr. Dalila CHAZALI PEDIATRE Lot Littoral Imm 20 - Dar Bouazza Tél: C 0522 98 33 90 Gsm: 0661 133 200

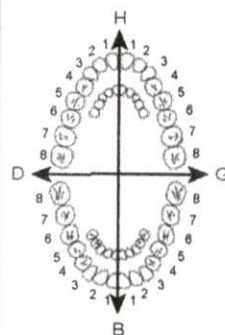
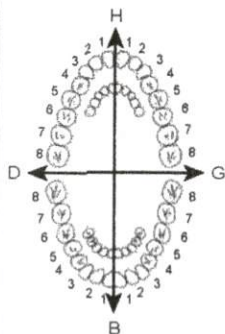
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUH AMINA Dar Bouazza Ouled Jerrar 93 Dar Bouazza Tél: 05 22 39 01 74	15/12/23	197,10

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

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div>	
		H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	<div>Montant des Honoraires</div> <div></div>	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div>														
		<div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>														
		<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Docteur Dalila GHAZALI

PÉDIATRE

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 étage

Dar bouazza

Tél. Cabinet : 05 22.98.33.90

Urgences : 06 61.13.32.98

INP : 091067470

الدكتورة دليلة غزالي

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

خريجة جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

إقامة لطورال 2، عمارة رقم 20

الطابق الأول، دار بوعزة - الهاتف : 05 22.98.33.90

المستعجلات : 06 61.13.32.98

INP : 091067470



Echou MAHIA  
Ali

le 15 12 23

29.00

1) INPOLYTE

PPC : 29.00 MAD

FSSAI No. : 1142085000208

sachet

1 sachet / 100 ml

88.10 A volonté

2) TIORFANE sachets enfant

1 sachet toutes les 6h  
jusqu'à retours normaux

80.00

3) REFUXATID comp

197.10 1 cas x 31  
14 d'h enfant

Jr. Dalila GHAZALI  
PÉDIATRE

Lot Littoral, Imm 20 - Dar Boua

Tél. C. 0522 98 33 90

Gsm: 0661 122 1