

# 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 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12292

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAYLI MICHAEL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 644546

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin Jr. Dalila GHAZALI

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

Date de consultation : 15/12/23

Nom et prénom du malade : MAYLI MICHAEL

Age: 11  
 Enfant

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : SEIZUE

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 : CASABLANCA

Le : 15/12/23

Signature de l'adhérent(e) : MAYLI MICHAEL

### 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
15/2/23	5=52	300,00 DH		Dr. Dalila GHAZALI PEDIATRE Lot Littoral, Imm 20 - Dar Bouazza Tel: 0522 98 33 90 Gsm: 0661 123 200

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA Z. HZOUH AMINA Dar Bouazza - Fed. Tarrat T: 05 22 29 01 74	15/12/23	197,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

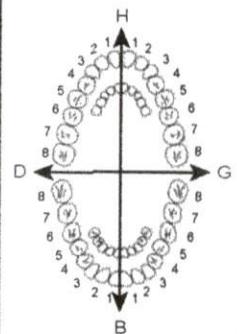
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

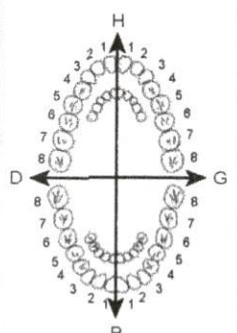
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	35533411
B	11433553	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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  
اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
خريجة جامعة باريس  
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

إقامة لطوروال 2، عمارة رقم 20  
الطابق الأول، دار بوزة - الهاش -  
05 22.98.33.90  
06 61.13.32.98  
المستجدات :  
INP : 091067470

Elfant NATHI  
Ali

le : 15 12 23

29.00

② INQUISTE

1 sachet

1 sachet / 100 ml

88.10

A volonté

1 sachet

③ TIORFAN sachets enfant

1 sachet toutes les 6h

jusqu'à relâcher normal

80.00

de celles

④ REFUXO (10 cinq)

19.710 et 10 x 37

144 DH au total

Jr. Dalila GHAZALI  
PÉDIATRE  
Lot Littoral, Immeuble 20 - Dar Bouazza  
Tél. C. 0522 98 33 90  
Gsm. 0661 122 22