

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

- 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.

N° W19-430492

196 - 9533

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9533		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BEN Souda Hicham		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0660942830		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. ZAGHLLOUD J. Pédiatre 9, Bd. Bordeaux - CASA 2019 Tel.: 0522 29 39 71 Fax: 0522 13 51 13 </div> MUPRAS BEN Souda Ahmed ISmail			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BEN Souda Ahmed ISmail Age: 			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : VC Viscélaire			
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 : *DR. ZAGHLLOUD* **Signature de l'adhérent(e) :** *BEN Souda*
Le : *17/08/19*

BEN Souda

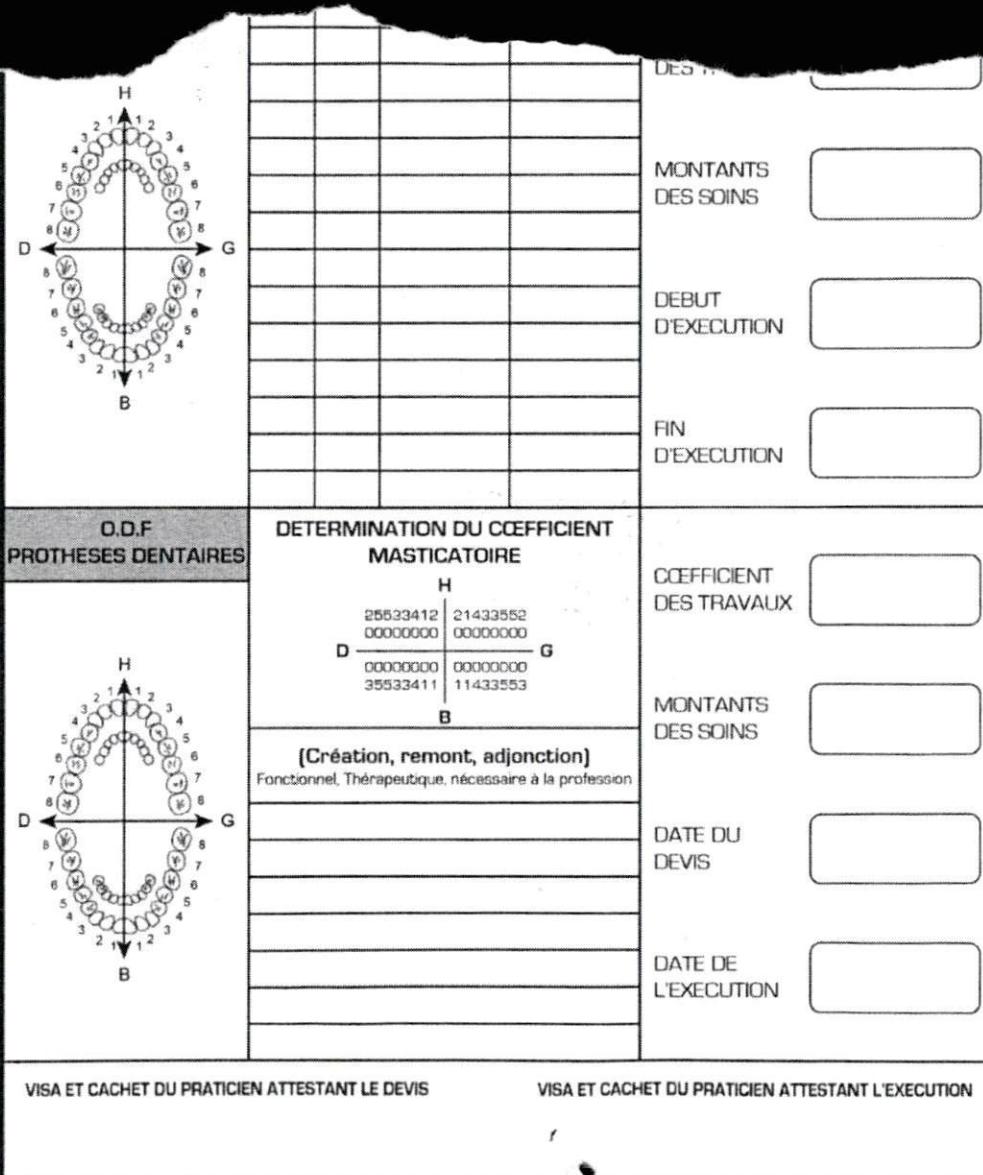
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17.8.15	Q	1	252.00	INP : 91139832 Dr. ZAGHLoul J

PHARMACIE ANFA		EXÉCUTION DES ORDONNANCES		19, Bd. Bourguignon Tél. 0522 27 51 13
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture		
PHARMACIE ANFA 75, Avenue du Général Mathazin des 3 Rivières ex. Place de Verdun 10522 Casablanca	17.08.19		78150	

VOLET ADHERENT

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



Docteur ZAGHLOUL Jamal
PEDIATRE
Ex. Enseignant à l'Hôpital des Enfants
C.H.U. Ibn Rochd Casablanca
Médecin Expert Assermenté

19, Bd Bordeaux - 1er étage
(en face du Cinéma Verdun)
CASABLANCA
① { 05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 Fax
GSM : 06.61.13.51.13

الدكتور زغلول جمال
اختصاصي في أمراض الأطفال
طبيب مساعد سابق بمستشفى الأطفال
المراكز الصحي الجامعي ابن رشد
طبيب خبير محلق

19 ، شارع بوردو الطابق الأول
الدار البيضاء
05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 ع { ①
06.61.13.51.13

Casablanca, le ٢١.٨.١٩

B C N S O N D A R M U D I M A N



B C C

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -
1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc
AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 65.50 DH
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

Ergocalciferol
600 000 UI/5 ml

Sterogyl 15 "H"

LOT : 181415
EXP : 09/2023
PPU : 13.00 DH

Dr. ZAGHLOUL J
Pédiatre
CASABLANCA
19, Bd. Bordeaux
Tél.: 0522 29 39 71
GSM: 0661 13 51 13