

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-473740

Mle : 9533

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e) 26910		
Matricule : 9533	Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENSOUDA HICHAM		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0660942890 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. ZAGHLoul J PEDIATRE 19 Bd Bordeaux CASA CSM 06113511C
Date de consultation :	13 MARS 2020
Nom et prénom du malade :	BENSOUDA Amina Imail
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ACCUEIL
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 : CASA Le : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) : BENY.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

01139832

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16.1.20	Cl. t. réduire dentelle	44.000		INP : 91139832 DR. LAURENT PEDIATRE DENTISTE 19 Bd Bordeaux 33000 BORDEAUX Tél: 05 56 20 71 GSM: 061 13511

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/20	203,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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

⌚ { 05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le

16 . 1 . 20

BENJOUR DA ANNED OUNA

70,60

- Aufeli

7 kg = 31 i = 8 i

PPV: 70,60 DH
LOT: 615307
PER: 11/2020

- Effigard 1g
24 p 1g lectio 32 i

- Butoxist
1/2 i = 8 i

88,90 - Tosan nasal 10ml
298 = 31 i



9,70 - Doliprane 150.
1/2 i = 7 i

PPV: 9 DH TO
PER: 07/22
LOT: 11752

→ 9,70

5,10 - Avecon فـ 1/2 i = 5 i

LOT: 118034
PER: 11/22
PPV: 5 DH EO

UI. J.

28,40
T2500 alleys
1/2 i = 2 i

VALIDATEE
DEPARTEMENT DE CASABLANCA
GSM: 061139832

→ 26,40

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

19 ، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع

05.22.20.06.52 }

06.61.13.51.13

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, Le 16.1.2020

Le Docteur

Dr. ZAGHLOUL J.
PEDIATRE
19, Bd. Bordeaux - CASA
Tél: 022 26 20 11 - GSM: 061 13 51 11

a l'honneur de présenter ses compliments à

M. BENJEDDAD YOUSSEF ISMAIL

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de :

Cr + rembourse au vétérinaire
quatre letours DHS

ZAGHLOUL J.
PEDIATRE
19, Bd. Bordeaux - CASA
Tél: 022 26 20 11
CACHET ET SIGNATURE