

# 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

- Reclamation : 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° W21-684034

AS6816  
Mle : 9533

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. ZAGHLOUL J Pédiatre 19, Bd. Bordeaux - Casab Tél.: 05 22 29 39 71 /GSM: 06 61 13 51 13</p>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BONJOUR 18/03/2023			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie			
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 18/03/2023.

Le : 18/03/2023.

Signature de l'adhérent(e) : Bony

RELEVE DES PARS ET HONORAIRES					91139832	33339832
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Attestant le Paiement des Actes		
17.3.17 (7+ n° de bilan de naissance)			1000 DA	INP : <input type="text"/> Dr. ZAGHLoul J pédiatre casa 19, Bd. Bordeaux 3971 Tél.: 05 22 29 39 71 GSM: 06 61 13 51 13		

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
					O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	35533411	11433553		
						H	25533412	21433552																
						D	00000000	00000000																
						G																		
						B	00000000	35533411																
11433553																								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																								
MONTANTS DES SOINS																								
DATE DU DEVIS																								
DATE DE L'EXECUTION																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																								

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 17.7.11

الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفى الأطفال

المركز الصحي الجامعي ابن رشد

طبيب خبير بـ

19، شارع بربود الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71  
05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

8200

- Ajid 1500



21900

1 m 50 x 1,50

PPV: 80DH00  
PER: 12/25  
LOT: L4185

- Boutet



2300

+ El hmedsy



700

1 m

21,00

PPV: 23DH00  
EXP: 11/2025  
LOT: 29038 3

- Mytiring

03/

24,00

1 m

x 1 m

PPV: 24DH50  
PER: 10/24  
LOT: L3519

- la cui

1/2 x 1,50



1 m

148,40

GSM: 06 61 13 51 13  
Tél: 05 22 29 33 71  
9, Bd. Berrada - Casablanca  
Dr. ZAGHLOUL J

Dr. ZAGHLOUL J

Pédiatre

9, Bd. Bordeaux - Casa

Tél.: 05 22 29 39 71

GSM: 06 61 13 51

## NOTE D'HONORAIRES

91139832

Casablanca, Le 17. 3. 23

Le Docteur ZAGHLOUL

a l'honneur de présenter ses compliments à

M RENSOUD AYED MOUR

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

Soit la somme de :

Réhabilitation ccyt neant - Webster

521 Nohibat al wakala = 400,00 DHS

Dr. ZAGHLOUL J  
Pédiatre  
9, Bd. Bordeaux - Casa  
Tél.: 05 22 29 39 71  
BACMET ET SIGNATURE  
Tél.: 05 22 29 39 71  
GSM: 06 61 13 51