

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 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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-684034

M6: 9533

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9533**

Matricule : **9533** Société : **R-A-M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BEN SOUDA** **ACHAM**

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 :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **BEN SOUDA** **ACHAM** Age : **03**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : **28/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

3 : 39832

3 : 39832

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/2025	148,40

[illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																										
						MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																									
							DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																								
								FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>											
H																															
25533412	21433552																														
00000000	00000000																														
D	G																														
00000000	00000000																														
35533411	11433553																														
B																															
		MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
		DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																													
		DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																													

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

الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال
طبيب مساعد سابقا بمستشفى الأطفال
المركز الصحي الجامعي ابن رشد
طبيب خبير محلف

19 ، شارع بورردو الطابق الأول

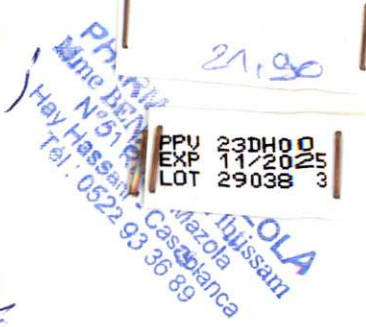
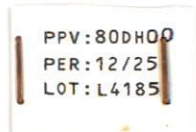
الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع ☎
05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

Casablanca, le 17.7.11
BENJAMIN ANTONI LAMAR

8900
- Ajit 1500
2190 Amis...
- Butovet
2300 El...
- My...
24.10 1 tel 1' x 1 m
- l...
1/2 1' - 1 m



ET 15 ET 19 20:MSG
GSM: 06 61 13 51 13
Tel: 05 22 29 36 89
9, Bd. Bordeaux - Casa
Dr. ZAGHLOUL J

148.40

Dr. ZAGHLOUL J

Pédiatre

9, Bd. Bordeaux - Casa

Tél.: 05 22 29 39 71

GSM: 06 61 13 5

NOTE D'HONORAIRES

91139832

Casablanca, Le 17 3, 23

Le Docteur ZAGHLOUL

a l'honneur de présenter ses compliments à

M. OUMSOUDD AMMED DMOK

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

Soit la somme de :

Recevable ayant reçu - Webstat

21 Nohlsch-bubalbo = 400,00

DHS

Dr. ZAGHLOUL J
Pédiatre
19, Bd. Bordeaux - Casa
Tél.: 05 22 29 39 71
GSM: 06 61 13 5
Signature