

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-621836

Mes 9533



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9533	Société : R - 4 - 01	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Personnel(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEN SOUADA HICHAM		
Date de naissance : A 63421		
Adresse : 0660942890		
Tél. : 05 22 29 39 71 Total des frais engagés : 100000 Dhs		

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. ZAGHLOUL pédiatre 19, Bd. Bordeaux - Casablanca Tél.: 05 22 29 39 71 GSM: 06 61 13 51 13 </div>	<p>Date de consultation : 19.1.23</p> <p>Nom et prénom du malade : BEN SOUADA HICHAM</p> <p>Age : 3 ans</p>	<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : CEA</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 JUIN 2023</p> <p>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.</p>
---	--	---

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** Signature de l'adhérent(e) : **Ben Souada Hicham**
 Le : **23/05/2023**



91139832

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
17.5.4 Se		1	850 M	<p>Dr. ZAGHOUR pédiatre à casa d. Bordeaux 05 22 29 39 71 G. A. 06 61 13 51 13</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CAF Dr. Hind Benmoussa 1 Rue Al Okhouane Tél : 05 22 39 89 73	19-05-83	142,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

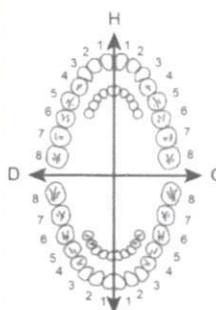
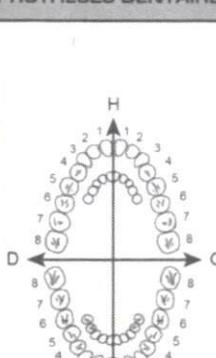
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
				MONTANTS DES SOINS []	
				DEBUT D'EXECUTION []	
				FIN D'EXECUTION []	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []	
				DATE DE 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

① { 05.22.29.39.71
 05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le

19.5.23

DORSO DORSO ANNEE 2011/2012

- Nutrine

1 ml / j

S.V.

Binter

1 ml

S.V.

31,90

1 ml = 2,5

PHARMACIE DU CAF
 Dr. Hind Benmoussa
 1 Rue Al Okhouane
 Tel: 05 22 39 29 73

PRIMALAN
 SIROP FL 120 ML
 P.P.V: 31DH90
 01/12/2001

6 118000 011347

- Vogele

1/2 ml

S.V.

l'an

- Ades 20

1/2 ml / j

S.V.

98,10

Specialiste

S.V.

1 dose de nuit

PEDIAKID IMMUNO-FORT
 PVC : 98,00 DHS
 Complément alimentaire ce n'est pas un
 médicament
 N°20221305011/MAV3/CA/DPS/DMP/TE
 RIMAPHARMA 17, rue des Rossignols,
 Otsis - Casablanca

CADT

11/2

الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفى الأطفال

المركز الصحي الجامعي ابن رشد

طبيب خبير بحلف

19 ، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ②

05.22.20.06.52 }

06.61.13.51.13

D_l 6 p - 360
12,80 → = 7 ✓

PP 12 DH 8 d
PER 01/26
LOT 0M344

S. V.

Dr. ZAGHI GUL J
Pediatrie casa
19, Bd. BORDEAUX 39 71
Tél.: 05 22 29 39 71
GSM: 06 61 13 51 13