

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° W19-473756

ME-9533

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 21992			
Matricule : 9533		Société : RAM.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BEN SOUDAT HICHAM			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 0660942890		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. ZAKI J. 2010 CASA			
Date de consultation : 20/01/2010			
Nom et prénom du malade : BEN SOUDAT HICHAM			
Age : 04			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie chronique			
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** Signature de l'adhérent(e) : **BEN SOUDAT HICHAM**
 Le : **16/01/2010**

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
16.1.22	2	1	8.10.00	INP 91439852 Dr. ZAGHLOUL J. PEDIATRE 19 Bd Bordeaux CASA CSM 06113511

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/20	\$277,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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.

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

① { 05.22.29.39.71
05.22.20.06.52 Fax

GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le 16.1.20

BCH Souda ya toulout

19,20 - Orken 100
18kg + 21; = 85

21,90 - Butenit
10; + 21; = 85

28,00 - Ellipred 10
10; + 21; = 31;

79,10 - Apimel 10
10; + 21;

28,40 - Apimel 10
18kg + 31; = 31;

- Mundol
18kg + 31; = 49

+ 157,80
1191,80 277,10

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

19 ، شارع سوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 ①

05.22.20.06.52 ع

06.61.13.51.13

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
Orken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH
Barcode
5 118001 080052



Dr. ZAGHLOUL J.
PEDIATRE
19 Bd E.C. 10000 CASABLANCA
Tél: 022 277 10