

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° W19-482944

60511

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 9390

Matricule : 9390 Société : R. A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : SAIP

Nom & Prénom : M. ZAGHLOUL

Date de naissance : 31.01.1965

Adresse : GIT 14, IN 5, Apt K, Dy 21 EL Nekka 2021

Tél. : 06 11 89 20 93 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. ZAGHLOUL RAYMOND Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vacances

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 : W. S. 12

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17.12.2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-482944

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					91139832
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
2.2.2014	1	1	95000	INP : DR. ZAGHLLOUL pédiatre 19 Bd. Bordeaux - Casa tél. : 05 22 29 39 71 06 61 13 51 13	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ANFA LAHLOU NABIL KHALID 75, Place Oued El-Makhazine des 3 Rois (ex. Place de Versailles) Tél: 0522.27.38.49 - C	09/02/21	PHARMACIE D'ANFA LAHLOU NABIL KHALID 150,40 75, Place Oued El-Makhazine des 3 Rois (ex. Place de Versailles) Tél: 0522.27.38.49 - C

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 2 - 2 2021

MARQUAGE ROTYONE

134,60

Tetmax

15,80

Dolpime 100
1031

150,40



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

19، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 { 05.22.20.06.52

06.61.13.51.13

PHARMACIE D'ANFA
ZAGHLOUL NABIL KHALID
LAHLOUN NABIL KHALID
75,1 Place Oued El-Makhazine
Tetmax (ex-Place de Verdun)
des 3 Rois (ex-Place de Verdun)
Casablanca
Tél: 0522.27.38.49 - 0522.27.38.49
INN: 091139832

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain seba Casablanca

Tetramax inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH

6 118001 08072

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