

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-621832



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  Matricule : 9533 Société : *R-A-M*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *BEN SOUDA H'CHAM*

Nom & Prénom : *BEN SOUDA H'CHAM*

Date de naissance : *06/09/2890*

Adresse : *19, Bd. Bordeaux - Casa*

Tél. : *05 22 29 39 71* Total des frais engagés : *133065* Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : *13 OCT. 2022*

Nom et prénom du malade : *Ben SOUDA H'CHAM 13mois*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : *maladie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie*

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 SOUDA H'CHAM*

Le : *13 OCT. 2022*

VOLET ADHÉRENT

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28.9.91         | g                 | 1                     | 760m                            | INP : <b>ZAGHLOUL</b><br>Dr. ZAGHLOUL<br>Pédiatre<br>19 Bd. Bordeaux - Casa<br>19, Bd. Bordeaux - Casa<br>Tél.: 05 22 29 39 71<br>M. 06 61 13 51 13 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE D'ANFA<br>LAHLOU NABIL KHALID<br>73, 3 <sup>e</sup> ét.<br>Place Qued El-Makhazine<br>des 3 Rois (ex. Place de Verdun)<br>Tél.: 05 22 29 39 49 - Casablanca | 28/09/22 | 888,10                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :    |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------|
|                 |                |                  |             | 11111111 |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

MONTANTS DES SOINS

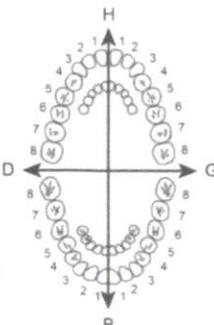
|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DEBUT D'EXECUTION

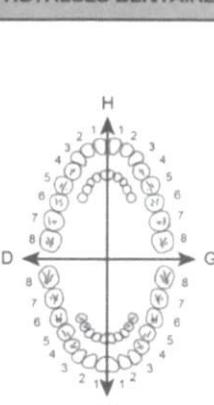
|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

FIN D'EXECUTION

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



## ODF PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

MONTANTS DES SOINS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATE DU DEVIS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATE DE L'EXECUTION

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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 28. 9. 11

الدكتور زغلول جمال

اختصاصي في أمراض الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفى الأطفال

المركز الصحي الجامعي ابن رشد

طبيب خبير محلـف

19 ، شارع بوردو الطابق الأول

الدار البيضاء

05.22.29.39.71 } ع { ①

05.22.20.06.52 } ع { ①

06.61.13.51.13

34160 - Rm de la liste  
Tél - 29

(S.V)

34,60

21,50 \* 3  
Copie de la note  
Télé - 29

(S.V)

LOT 210457  
EXP 02/24  
PPV 21,50

LOT 210316  
EXP 02/24  
PPV 21,50 DH

29,00 - tél  
Télé - 29

(S.V)

PPV

(DH)

EFICAL

760,00 - Rm de la liste

(S.V)

Prevenar 13®  
suspension injectable  
PPV : 760,00 DH

6 118001 171057

ZAGHLOUL J  
Médecin  
19, Bd. de  
Tél.: 05 22 29 39 71  
GSM: 06 61 13 51 13