

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 de caractère personnel.

N° W21-684030

ML : 9533

146352

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 9833	Société : R-A-M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : BEN SOUDA HICHAM		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0660942890	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

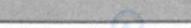
Dr. ZAGHLOUL J
Pédiatre
19, Bd. Bordeaux - Casab
Tél. : 05 22 29 39 71
GSM : 06 61 13 51 13

Réh/soins 10/2015 Imaïl Age: 10
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 23/01/2015
Signature de l'adhérent(e) : *Ben Souda Hicham*

Le : 23/01/2015

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet : signature du Médecin et mention du Paiement des Actes
21.1.77	h	1	250.19 Bd. Bordeaux	Dr ZAGHLOUL Pediatre Casa
				Tel.: 05 22 25 39 71
				GSM: 06 61 13 51 13
14.1.77	g	1	60	... OUL J Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture HT
	14/01/2023	$ \begin{array}{r} 276130 \\ + 84180 \\ \hline 360310 \end{array} $

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

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

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

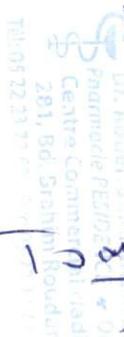
GSM : 06.61.13.51.13

INP : 091139832

Casablanca, le

14. 1. 27

13200000 87700119012



671.90

1500.00

21.50

13

186.90

Neutro 2.00

2

21.50 - 186.90 = 2.00

2.00

2



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

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 9.10.2003

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

B Cours Annexe 11501

21.10.00 Cetim

SV



32.10.00 Flaxy 1

SV

FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
P.P.V : 32DH90
LOT : 22E014
PER : 02/2024

6 118000 060398

- A mis de spray oxygyn
? pul - u - y

19.10.00 Nurobol

SV

19,00

1/2 Voir verso

Doljaz 900

1170

97 15

SV

PPV 119H70
PER 06/25
LOT L2050

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

84180