

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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

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° M21- 0039175

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5727 Société : RAR 95690

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LHAACHIMI DRIS

Date de naissance : 29/11/61

Adresse : 819 Les côtes rte Eljadida CAM

Tél. : 0661153584

Total des frais engagés : 537,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL HAMZAOUIM
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUSE
70, Bd. Zerktouni No 3
Tél : 05 22 29 84 56
01 Dec 2021

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : LHAACHIMI GUZZALINA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection génitale

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 : CAM

Le : 01/12/21

Signature de l'adhérent(e)

RELEVÉ 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
01 Dec 2021		02	250,00	DR EL HAMZA GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUSE 70, Bd. Zerkouni No 3 Tél: 05 22 29 84 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/20	287,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL HAMZAOUI MAJIDA

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon

SPECIALISTE

GYNECOLOGIE - ACCOUCHEUSE

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

STERILITÉ - MALADIES DU SEIN

COLPOSCOPIE - ECHOGRAPHIE

FECONDATION IN VITRO

Ancienne Attaché au CHU de Lyon

Experte Assermentée près les Tribunaux

Sur Rendez-vous

الدكتورة الحمزاوي مجيدة

خريجة كلية الطب بليون

إختصاصية

أمراض النساء والولادة

الجراحة النسوية

العقم - أمراض الثدي

الفحص بالمجهر - التشخيص الصوتي

الولادة أن فيطرو

ملحقة سابقا بالمركز الجامعي بليون

خبيرة ملحقة لدى المحاكم

بالموعد

Casablanca, le : 01 Dec 2021 : الدار البيضاء، في :

287.70 $\sqrt{2} = L$ MAELANI Whiglar
M FLOKAR Soe (B 2)
Mb. no 2nd x 2nd x 6 on
y A for 150
55.10 2nd x 2nd - le 5
décembre
3) NY ced 2nd
36.70 2nd x 2nd
y MAELANI
79.10



Lot: 21284
À utiliser de
préférence avant le: voir Etiquette flacon
PPC: 79,50 DH



05 22 23 42 58 : المنزل / 05 22 29 84 56 : الهاتف - الدار البيضاء - (قرب توموبل) - شارع البرفطوسي

70, Bd. Zerkouni (à côté Tout Meuble) - Casablanca - Tél.: Cabinet : 05 22 29 84 56 - Domicile : 05 22 23 42 58

PPV 116DH40

LOT 13014 2
EXP 03/2023

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules