

# 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.

Nº W19-425965

CA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12.673</b>	Société : <b>ROYAL AIR MAROC</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RABOUD Zineb</b>			
Date de naissance : <b>11/03/1987</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>06 58 46 91 28 05 22 21 24 96</b>	Total des frais engagés : <b>821,10 Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>26/06/2015</b>			
Nom et prénom du malade : <b>RABOUD Zineb</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Maladie Hypertension Artérielle</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>18 SEP. 2010</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous <input type="checkbox"/> 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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) : <b>Accueil Siège/Ram</b>			

### 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
26 Juin 2019		C2	24000	INP : 091052332 / 51 Dr. EL HAMZAOUI M. GYNÉCOLOGUE- ACCOUCHEUSE N° 3 70, Bd. Zerktouni N° 3 Tél. 20.84.56 / 22.85.47

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 23, Avenue de l'Industrie 1000 TUNIS</i>	26/06/19	171,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL HAMZAOUI M. GYNÉCOLOGUE- ACCOUCHEUSE N° 3 70, Bd. Zerktouni N° 3 Tél. 20.84.56 / 22.85.47	26-6-19	230	100,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

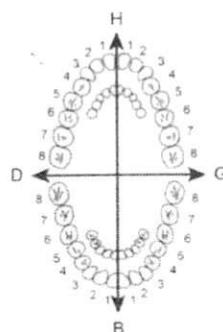
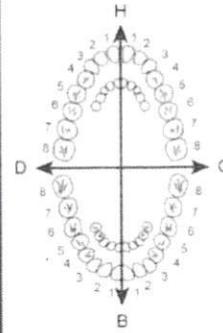
VOLET ADHERENT

### 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 : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXÉCUTION [ ]
				FIN D'EXÉCUTION [ ]
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXÉCUTION [ ]
	<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وحدة 10.000 دارين سرابيتاز

6 118000 181064



40 Comprimés effervescents

Serrage plissé

DASEN® 10 000 UI

**PTIMAG**

Magnésium + B6

• Équilibre

physique et intellectuel

Complexe alimentaire à base de magnésium et vitamine B6

30 gélules - 27 g

N° de lot :

Date de fabrication :

A consommer de préférence avant fin :

CAP

P.V.C  
79,00

LOT  
37TAA

UTAV  
04/2020

مختبرات زغقة بن العوام  
المسؤولة للمطوابع - الدار البيضاء  
عن طريق الفم



40 قرصا ملبيسا  
معدى - مقاوم  
عن طريق الفم

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

47180

**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  
Expertise Assementée près les tribunaux

**Sur Rendez-vous**

**الدكتورة الحمزاوي مجيدة**

خريجة كلية الطب بليون  
اختصاصية

أمراض النساء و الولادة

الجراحة النسوية

العمق - أمراض الثدي

الفحص بالمجهر - التشخيص الصوتي

الولادة أن فيترو

ملحقة سابقا بالمركز الجامعي بليون

خبيرة ملحة لدى المحاكم

بالموعد

Casablanca, le ..... 26.06.19 ..... الدار البيضاء، في

Facture de Madame ..... RABOUI ..... Zm'eb.

Arrêtée la présente facture à la somme de 400,00 dh

(quatre cent dirhams) pour échographie mamaire.

Dr. EL HAMZAOUI M.  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUSE  
70, Bd. Zerkoumi N° 3  
Casablanca - Tél. : 05 22 29 84 56

05 22 23 42 58 : (قرب توموبل) - الدار البيضاء - الهاتف : العيادة : 05 22 29 84 56 / المنزل :  
70, Bd Zerkoumi (à coté Tout Meuble) - Casablanca - Tél. : Cabinet : 05 22 29 84 56

**Docteur . EL HAMZAoui MAJIDA**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon

**GYNECOLOGIE**

**OBSTETRIQUE**

Casa le : 26 - 6 - 19

## **ECHOGRAPHIE MAMMAIRE**

Madame RABIAH Zineb

- Absence de lésion glandulaire tissulaire ou kystique
- Absence de lésion atténante
- Absence de désorganisation architecturale
- Creux axillaires libres
- Derme et sous derme respectés

## **CONCLUSION**

Echographie mammaire normale

Dr. EL HAMZAoui MAJIDA  
GYNECOLOGIE ACCOUCHEUSE  
70. Bd Zerkouni - Casablanca - NO 3  
Tél. 50.01.50 / 22.60.62  
N. L

HITACHI GB:16 DVN:70 P:1/1/1/A GB:16 DVN:70 P:1/1/1/A AOP  
PTR:H IM:22 LIS:2 30mm 7.5H IM:22 LIS:2 30mm 7.5H

000

000

SEIN

GAUCHE

NO. 44/44

ID:  
02-JUL-19 F24  
15:15:57

DR EL HAMZAQUI MAJIDA  
F24

ICARAC...| KIDPLACE [ ]

[ ] [ ] [ ] [ ]

HITACHI GB:16 DVN:70 P:1/1/1/A GB:16 DVN:70 P:1/1/1/A AOP  
PTR:H IM:22 LIS:2 30mm 7.5H IM:22 LIS:2 30mm 7.5H

000

000

SEIN DROIT

NO. 44/44

ID:  
02-JUL-19 F24  
15:13:56

DR EL HAMZAQUI MAJIDA  
F24

ICARAC...| KIDPLACE [ ]

[ ] [ ] [ ] [ ]