

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 canaux, 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 canaux.

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.

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- 046285

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 203776

Nom & Prénom : ARFI SAID

Date de naissance : 12-11-62

Adresse : 595 Bd EL QODS - JULES FALIER
AIN CHOK - CASABLANCA

Tél : 0661667884 Total des frais engagés : 671,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ghailane Ghizlane
Hépat - Gastro - Entérologue
Bd. Al Qods, Rés. les Princes «B»
2ème Etg. Appt 4 - Ain chock - Casa
Tél: 05 22 52 50 14 - GSM : 07 06 14 35 74

Date de consultation : 14 MARS 2024

Nom et prénom du malade : Mue Monsef Rahia Age : 30

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : CASABLANCA Le : 30/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14 MARS 2024	CS		4 000 000	Dr Ghailane Gnizlane Hépatologie - Gastro-Entérologie Bd Al Qods Res. Le Princes Bx 2ème Etg Apt 4 - Al Chock - Casa Tél: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74

14 MARS 2024 CS Dr Ghailane Gnazlane
Hepato-Gastro-Enterologie
30 Al Gads Res Les Princes B
Time E/g Appt 4 - ANCHOCK - Casa
* 05 22 52 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAHMI CHEIKH SARI Dr DIANI Abdellatif N°00000000000000000000 (00000000000000000000) GSM 00000000000000000000	14/03/24	271.20

PHARMACIE CHARAKTCHIEKH SARL Dr DIANI Abdellatif N°60 PLOTS HANAZ AV AL QODS (CAMPUS) - ASARLINA GSM 660 23 77 16 - FM 0208 52 10 86	14/03/24	271.20
--	----------	--------

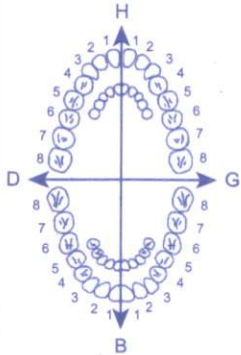
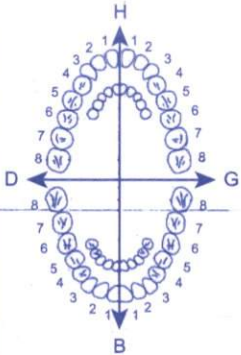
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAILANE Ghizlane

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif et du Foie
Estomac - Intestins - Foie - Proctologie
Endoscopie Digestive (Fibroscopie gastro - Duodénale
et Coloscopie)
Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd



الدكتورة غيلان غزلان

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير
المعدة والأمعاء

البي بالدار البيضاء
نامعي ابن رشد



Casablanca le : 14/03/2024

Mme MONSSEF BAHIA / ~~Van~~

ORDONNANCE

1) ANTI SPA 200 37.40
1 cp x 2 par jour x 5 jours avant repas pdt 5 jours

2) DAFLON 1000MG 201.00
1 cp 3 fois/jour pdt 10 jours

3) HEMOFAST CREME RECTALE+suppo 14.50 + 18.30
1 app matin et soir pdt 6 jours

4) FORTTRANS sachets
1s a diluer dans 1 L d'eau x 4 (totale 4litres)
Prendre 4 litres la veille de l'examen

Hemofast
Pommade

PHARMACIE CHALM CHEIKH SARL



LOT 233092 1
EXP 09 2025
PPV 37.40 DH

Dr Ghailane Ghizlane
Hépto - Gastro - Entérologue
P.O. Al Qods. Rés. les Placés * E
ame Etg. App 4. Ain Chock. Ca
05 22 52 50 52 GSM 07 06 14 35

201.00

Dr. GHAILANE Ghizlane



الدكتورة غيلان غزلان

Spécialiste des Maladies de L'appareil Digestif et du Foie
Estomac - Intestins - Foie - Proctologie

Endoscopie Digestive (Fibroscopie gastro - Duodénale
et Coloscopie)

Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 14/03/2024

Mme MONSSEF BAHIA an

Chers confrères

permettez moi de vous adresser Mme MONSSEF BAHIA agée de 57ans
ayant comme ATCDs une thrombocytose essentielle sous traitement et HTA
sous ttt pour une coloscopie totale sous sédation dans le cadre d'une
Rectorragie défécatoire avec constipation
Examen proctologique: HI grade II congestive

Bien cordialement.

Dr. Ghailane Ghizlane
Hépatologie - Gastro - Entérologie
1 An Chock, Résidence les Princes «B»
1me Etage, Appartement n° 04 - Ain Chock - Casa
Tel: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74