

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.



Declaration de Maladie

N° W19-549233/10727

65001

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10727

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAHID SATI'RA

Date de naissance :

22/09/1974

Adresse :

30 Résidence D'ARIA LAKRIMA
CASA AL MCHAK

Tél. :

0661535706 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr Ghallouz Ch. 1
Hépato - Gastro - Entérologie
Bd. Al Qods Rés les Prince & Bé
Télé: Etat Appt 4 . Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 52 50 94 - Gsm: 06 14 85 14 11
Le: 05 22 52 50 94 - Gsm: 06 14 85 14 11
MARS 2021

MUPRAS

Cachet du médecin :

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Mme OUAHID Samira

Age: 46

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affection digestive

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 19/13/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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
17.03.2015	CS	1	300.00	INP : 09712426144
				Dr. Gholamreza Hepato - Gastroenterologist Al Qods, Res. 2nd Flr E13 Apt 4 - Apt 4 Tel: 05225094 - GSM: 010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	00000000	21433552	35533411			00000000	<hr/>			B	00000000			00000000	00000000			11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	D	G																								
25533412	00000000	21433552																								
35533411			00000000																							
<hr/>			B																							
00000000			00000000																							
00000000			11433553																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



الدكتورة غيلان غزلان

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

اختصاصية 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 سابقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 17/03/2021

Mme OUAHID SAMIRA / 46 ans et 5 Mois

ORDONNANCE

1) SPASMOMEN 40 MG

1 cp 3 fois/ jour si douleurs

2) KALMAGAS

1cp x 2/j 30min après repas pdt 15 jours

Dr Ghailane Ghizlane
Spécialiste en Gastro-Entérologie
Résidence les Princes Entrée B étage 2 Appartement N°04
Bd. Al Qods, Résidence les Princes Entrée B, 2ème Etage, Appartement N°04 - Ain chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 58 94 - GSM : 07 06 14 35 74 - E-mail: dr2.ghizlane@gmail.com