

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-549233/10727

65001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHID SATIRA

Date de naissance : 22/09/1974

Adresse : 30 Résidence DARIA LAKRIMATE

CASA - AIN CHOK

Tél. : 0661535706 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Gallane Ghizal
Hépat. - Gastro - Entérologie
3d. Al Qods Res. les Princes B
Bordj - Algérie
Tél. 05 22 52 50 94 - 07 06 14 35 14

MARS 2021

Date de consultation : 17-03-2021

Nom et prénom du malade : M^{me} OUAHID Samira Age : 46

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

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 19-1-3-2021

[illegible]

1-3-21	CS	1	300.00	Dr. Ghilla Depato - G 50 Al Qods, Res 23me E/g Appt 4 - A Tel: 05 22 52 50 94 - GS 11:07
--------	----	---	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

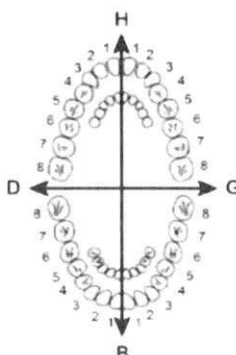
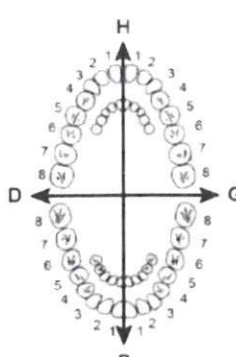
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

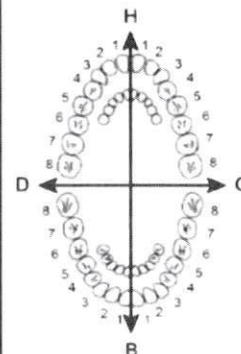
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

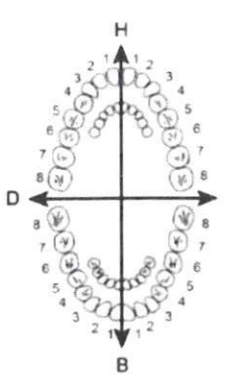
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
					MONTANTS DES SOINS 											
					DEBUT D'EXECUTION 											
					FIN D'EXECUTION 											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;">  </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 												
				DATE DU DEVIS 												
				DATE DE L'EXECUTION 												

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

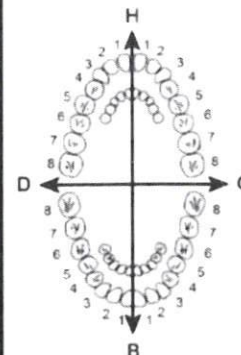
[illegible]

	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"> (Création, remont, adjonction) </div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>									
	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>									
	DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>									

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



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

الفحص الداخلي بالمنظار للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي 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
Hépatite - Gastro - Entérologie
Ain Chock - Résidence les Princes «B»
25220 - Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74 - E-mail: dr2.ghizlane@gmail.com

شارع القدس، إقامة الأمراء (مدخل B)، الطابق الثاني، شقة رقم 4 - عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Résidence les Princes, Entrée B, 2ème Etage, Appt N° 04 - Ain chock - Casablanca

Tél: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74 - E-mail: dr2.ghizlane@gmail.com