

## 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 canalaire, 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 canalaire.

#### 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 : 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



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-597500

65802

CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

OUARHANAH AHMED

Date de naissance :

06/09/21

Adresse :

33 AV. SIHAM RUE 5 APP 7 CALIFORNIE

Tél. :

0673712738

Total des frais engagés :

495,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR GHALLANE GHILALAH  
Hépato - Gastro - Endocrinologue  
Bd AI Oods, Res. les Princesses B.  
Casablanca 22 30 94, GSM 06 14 35 74

Date de consultation :

01-03-2021

Nom et prénom du malade :

Mme Ait Ali Khadija

Age :

Wans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'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) :

Le : 02/04/21

#### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-597500

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

ACCUEIL

Matricule : 6874

Nom de l'adhérent(e) : OUARHANAH AHMED

Total des frais engagés : 495,40

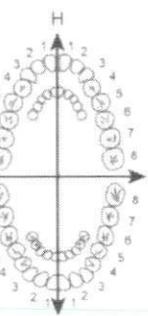
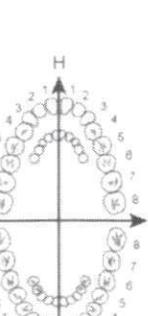
Date de dépôt : 02/04/21

MUPRAS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOULAMA YOUSSRA ALHABIBI DHALOU Res. «Les Jardins de Californie 2<sup>e</sup> Casa. Tel: 05.22.21.52.94</i>	04/03/21	105,40

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

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	26533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															



الدكتورة غيلان غزلان

**Dr. GHAILANE Ghizlane**

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

Endoscopie Digestive (Fibroscopie gastro - Dujon) 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 - ال بواسير

الفحص الداخلي بالمنظار للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدري

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 04/03/2021

Mme AIT ALI KHADIJA / 41 ans et 6 Mois

60,00

ORDONNANCE

**1 ) MEDIVEINE 600**

1 cp x 2/j pdt 15jours après repas



LOT	202696
EXP	11/2023
PPV	60,00

**2 ) ALGIXENE 250 MG**

1 gel x 2/j au milieu des repas pdt 5 jours



**3 ) CIRCULEX CREME**

1 app fois 2 / jour pdt 10 jours

puis



**4 ) AVARICON H**

1 app 2 fois/ jour pdt 10 jours



**Circlex**

Crème

OT: 3994  
XP: 06/23  
PPC: 59.50DH

**5 ) OEDES 20 mg**

1 gel/ jour 20 min avant repas pdt 14 jours

75,00

Dr Ghailane Ghizlane  
Hepato - Gastro - Entérologue  
Bd. Al Qods, Résidence les Princes B  
Bd. Al Qods, Résidence les Princes Entrée B, 2ème Etage, Appart N° 04 - Ain Chock - Casablanca  
tel: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74

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, Appart N° 04 - Ain Chock - Casablanca

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

