

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-684706

126221

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 6638 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ELNESTAPHA

Nom & Prénom : ELKHALFI

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 0661066938 Total des frais engagés : 300 + 801,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IBN GHAZALA FATIMAAZZAHRA
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
ET PROCTOLOGUE
546, ANGLE BD 2 MARS ET BD MODIBO KEITA
CASABLANCA - MAROC
TEL : 05 22 28 61 67

Date de consultation : 27/10/2022

Nom et prénom du malade : ELKHALFI NAÏMA Née ILYAOUI Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, les renseignements sont portés sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.


Dr. IBN GHAZALA FATIMAAZZAHRA
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
ET PROCTOLOGUE
546, ANGLE BD 2 MARS ET BD MODIBO KEITA
CASABLANCA - MAROC
TEL : 05 22 28 61 67

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 : CASA Le : 27/10/2022

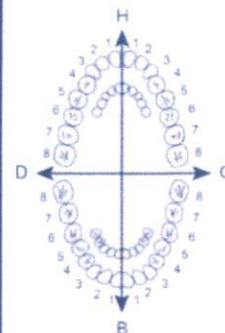
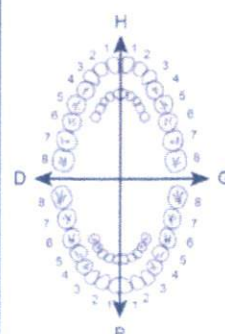
Signature de l'adhérent(e) :

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
27/05/2022	Contrôle		300 DH	
08/06/2022			97	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	27/05/22	801,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins
- Proctologie médicale et Chirurgicale
- Certificat universitaire d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد و أمراض المخرج

- التهاب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المرارة و الأمعاء
- أمراض المخرج و جراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن

27/05/2022

7: I hyacin Nario ep Elkhalf

$$199,00 \times 2$$

1) Glutofor

P.P.C
199 DH

P.P.C
199 DH

S.V.

$$\lambda s / T \quad \lambda T \quad \rho$$

AS

2500

2/ Carbo line



182 x 31

209,00
119,00

3) Nichtigst

S.V.

1 gel 1/51 6 plussie

801,00

PHARMACIE NASR
Dr. Rachid NASR
15bis, Bloc 2 Cité Compt.
Hay Hassani-Casablanca
Tél. 022 93 28 88





CARBOLINE
 PPC: 75.0
 Ut Av - Lot
 12-20.4 Dnr
 IPHA

5257207006746
 3

V008 - 10/21 - ETCAL14d4

A consommateur de p
 best before end of
 lot n° / Batch n°

Lot:
Consommer de préférence avant la fin de: (voir base)
PPC: 119 DH

DR. IEN GHAZALA FATIMAAZZAHRA
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
ET PROCTOLOGUE
 648, ANGLE BD 2 MARS ET BD MODIBO KETA
 CASABLANCA - MAROC
 TEL : 06 22 28 61 57

0522 28 61 57 docteurionghazala@gmail.com

548، ملتقى شارع 2 مارس و شارع مريدبوكيتا - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء (امام مسجد السنة)

● 548, Angle Bd. 2 Mars et Bd. Moudibou Keita - Résidence Assouna N° 13 - Casablanca (en face Mosquée Assouna)