

## 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

- 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



|  |                                       |                                  |                                 |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)               |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 6874                             | Société : RAM                         |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif    | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ODRHZAL AHMED                   |
| Nom & Prénom : 06/09/65                      |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 33 Rue SIHAM RUE 5 APP 7 |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : CALIFORNIE CASA                    |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06 73 71 27 38                        | Total des frais engagés : 550,60 Dhs  |                                  |                                 |

|   |   |                                 |  |  |
|---|---|---------------------------------|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin  |                                 |  |  |
|   | Dr Ghajlane Ghizlane<br>Hépato - Gastro - Entérologue<br>Pd. Al Qods, Rés. les Princes 4 <sup>e</sup><br>7ème Etg Appt 4 - Air chock - Casa<br>Tel: 05 22 52 50 24 - GSM : 07 06 14 35 72 |                                 |  |  |
| Cachet du médecin :   |   |                                 |  |  |
| Date de consultation : 05/10/21, 2023   |   |                                 |  |  |
| Nom et prénom du malade : Mme Ait Ali Khadija   | Age : 43 ans  |                                 |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint  | <input type="checkbox"/> 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'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 : CMN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/21

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT   |               |
| Déclaration de maladie   | N° W21-768752 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |               |
| Matricule : 6874<br>Nom de l'adhérent(e) : OUDHZA<br>Total des frais engagés : 550,60<br>Date de dépôt : 18/10/21          |               |

## **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/02/23        | CS                | 1                     | 300,00                          | INP : 0912644<br>Dr Ghailane Ghizlane<br>Hépato - Gastro - Entérologue<br>Pd. Al Qods, Rés. les Princes # B,<br>5ème Etg. Appt 4 - Vinchouch - Casablanca<br>tel: 05 22 52 50 84 - GSM : 07 06 14 35 14 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE SOULAIMA<br/>YOUSRA LAHBABI LAHOU<br/>285 "Les Jardins de California 2<sup>e</sup><br/>Cte Fes. Imm.1 California 98-94<br/>05.22.21.98.94</i> | 29/02/23 | <i>25 060</i>         |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **VOLET ADHERENT**

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

## **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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                       | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |
|---------------------------------------|---|---|-------------|---|
|                                       |   |   |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                                       |   |   |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                                       |   |   |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|                                       |   |   |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| <b>O.D.F.<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |   |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                                       | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|                                       |   |   |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار للمعدة والأمعاء  
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني الدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 09/02/2023

Mme AIT ALI KHADIJA / 43 ans et 5 Mois

PHARMACIE SOULAIMA  
TOUSRA LAHBAB LAHLOU  
Rés « Les Jardins de Californie 2<sup>e</sup>  
Bd. de Fes Imm. 1 California  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

1) VENULA 200mg

1 gel x 3/j pdt 15j apres repas

19,60

Ag ORDONNANCE

LOT: 13621004  
PER: 04/2024  
PPV: 98,00 DH

2) HEMOFAST CREME RECTALE+suppo

1 app matin et soir pdt 7 jours

22,40

3) BAYCUTÈNE POMMADÉ

1 app 2 fois par jour x 8 jours

47,90 X 2

4) ALGIXENE 250 MG

1 gel x 2/j au milieu des repas pdt 10j ( 2 boites)

PHARMACIE SOULAIMA  
TOUSRA LAHBAB LAHLOU  
Rés « Les Jardins de Californie 2<sup>e</sup>  
Bd. de Fes Imm. 1 California  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

= 280,60

Hemofast®  
Pommade

19,60

LOT:  
PER:  
PPV:

29,170

LOT: 062221016  
PER: 06/2026  
PPV: 47,90 DH

Dr Ghailane Ghizlane  
Hépato - Gastro - Entérologue  
Bd. Al Qods, Rés les Princes  
2ème Etg. Appt 4 - Ain Chock  
Tél: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74 - Email: dr2.ghizlane@gmail.com

LOT: 062222018  
PER: 07/2027  
PPV: 47,90 DH