

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-768752

AKA 240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6874

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

OURHAZAL AHMED

Date de naissance :

06/09/65

Adresse :

33 lot SIHAM RUE 5 APPT 7
CALIFORNIE CASA

Tél. :

0673712738

Total des frais engagés :

550,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Ghailane Ghizlane
Hépto - Gastro - Entérologue
Pd. Al Qods. Rés. les Princes #3
7ème Etg. Appt 4 - Ain chock - Casa
Tél: 05 22 52 50 54 - GSM: 07 08 14 35 74

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/02/2023

Nom et prénom du malade :

Mme Ait Ali Khadija

Age :

le 3ans

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'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 :

CASA

Le :

28/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-768752

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).

Matricule :

6874

Nom de l'adhérent(e) :

OURHAZAL

Total des frais engagés :

550,60

Date de dépôt :

28/02/23

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
09/02/23	CS	1	300,00	INF : 091242644 Dr Ghailane Ghizlane Hépto - Gastro - Entérologue Rd. Al Qods, Rés. Les Princes «B» 5ème Etg. App't 4 - Winchok - Casa Tél: 05 22 52 50 94 GSM : 07 06 14 35 74

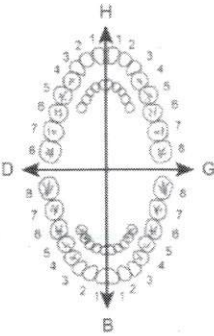
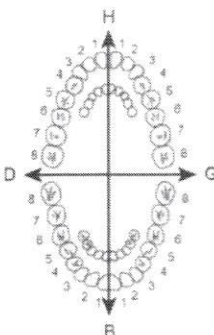
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHBABILAHLOU Rd. Les Jardins de Californie 2 Bd. de Fes Imm. 1 Casa. Tél: 05.22.21.98.94	09/02/23	250,60

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	

VOLET ADHERENT

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

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	INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]														
				MONTANTS DES SOINS	[]														
			DEBUT D'EXECUTION	[]															
			FIN D'EXECUTION	[]															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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	[]
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	[]															
			DATE DE L'EXECUTION	[]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. GHAILANE Ghizlane



الدكتورة غيلان غزلان

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

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 : 09/02/2023

Mme AIT ALI KHADIJA / 43 ans et 5 Mois

ORDONNANCE

1) VENULA 200mg

1 gel x 3 /j pdt 15j après repas

2) HEMOFAST CREME RECTALE+suppo

1 app matin et soir pdt 7 jours

3) BAYCUTÈNE POMMADE

1 app 2 fois par jour x 8 jours

4) ALGIXENE 250 MG

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

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

Hemofast[®]
Pommade

LOT :

PER :

PPV :

LOT : 0622201015
PER : 06/2026
PPV : 47,90 DH

LOT : 06222018
PER : 07/2026
PPV : 47,90 DH

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHABIL LAHLOU
Rés. «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Dr. Ghailane Ghizlane
Hépatologie - Gastro - Entérologie
Bd. Al Qods, Rés. les Princes
2ème Etg. Appt 4 - Ain Chock
Tél: 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, 2 ème Etage, Appt N° 04 - Ain Chock- Casablanca

Tel: 05 22 52 50 94 - Gsm: 07 06 14 35 74 - Email : dr2.ghizlane@gmail.com