

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-004562

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

0592

Société :

189502

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Hajjou Ahmed

Date de naissance :

15/03/1944

Adresse :

Rue Jules Gros Bloc 4 n° 6 Oasis

Tél. :

0662 88 43 83

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ghailane Ghizlane
Spécialité - Gastro - Entrérologue
d. A Qods, Rés. les Princes « B »
ma 5^e Appart 4 - Ain el-Hach - Casablanca
t. 05 22 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74

Date de consultation : 11 NOV. 2023

Nom et prénom du malade :

Mme Aït Chettou Tenda

Age : 73

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

digestive

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : 16/11/2023

Signature de l'adhérent[e] :



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
1 NOV. 2023	cl	1	300,00	Dr Ghailane Ghlalane Hépato - Gastro - Entérologue c. Al Qods - Rés. les Princes « B » Bne Etg. Appt 4 - Ain check - Case A 05 22 52 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
11-11-23	111,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(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

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 بالصدري

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء
طبيبة سابقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 11/11/2023

Mme AIT CHETTOU TOUDA / 73 ans et 10 Mois

ORDONNANCE

1) ACTICARBINE

1 cp x 2/j 30min après repas pdt 7 jours

2) ANTIGAS SACHETS

1 sachet fois 3/ jour après repas pdt 10 jours

3) I3.1

1 gélule / jour pdt 1 mois

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA
6'118001 070015

LOT 1 UTAV
NEWPHARMA 99,00
PPC : 270.00 DH

20221704034/MAv3/CA/DPS/DMP/18
PPC : 270.00 DH

