

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.

N° W21-808413

<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 :	AHMED
Nom & Prénom : ONRAT AL 06109165			
Date de naissance : 06/10/9165			
Adresse : 32 lot Srikam rue 5 apt 7 California casa			
Tél. : 06 73 71 2738 Total des frais engagés : 842 10 Dhs			
Cadre réservé au Médecin Dr Ghaitane Ghizlane Hépato - Gastro - Entérologue Bd Al Qods, Rés. les Princes «B» 2ème Etg. Appt 4 - Ain chock - Casa 05 22 52 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26 JAN. 2024			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affecté à 70% déficiente			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer ses 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.

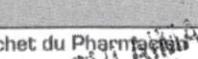
Fait à : RAM

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/03/24



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
26 JAN 2024	CH	A	300,00	D. Ghallalhe Ghizlane Hépato - Gastro Entérologue d. Al Qods, Rés. les Princess « B » Pme Etg. Appt 4 - Alh chock - Casab + 05 22 52 50 84 - GSM : 07 06 14 35 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Goumier	Date	Montant de la Facture
 D'ARMACIE DOUSRA L'HOPITAL DE JARDINS DE CALIFORNIE Res. "Les Jardins de California 2 ^e de les Imm. 1 California Casa. 71. 05.22. 05.94 <i>054733</i>	26/10/24	542.10

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

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

Dr. GHAILANE Ghizlane

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

Endoscopie Digestive (Fibroscopie gastro - Duodéno-
et Coloscopie)

Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd



الدكتورة غيلان غزلان

PHARMACIE GHIZLANE
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Les Jardins de California 2^e
Fès Imm. 1 California 2^e 0522 21 08 04

اختصاصية 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 سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 26/01/2024

Mme AIT ALI KHADIJA / 44 ans et 4 Mois

ORDONNANCE

64,50

1) RANCIPHEX 20 MG

1 cp le matin pdt 14j 20 min avant repas

137,00

2) BACILAC FORTE

1 cp fois 2 / jour pdt 10 jours

133,60

3) DIOVENOR 600mg

47,90 1cp 1 fois par jour durant 10 jours

4) ALGIXENE 250 MG

19,60 + 14,50 gel x 2/j au milieu des repas pdt 5 j

5) HEMOFAST CREME RECTALE+suppo

80,00 1 app matin et soir pdt 6 jours

6) HEMORREINE SUPPO

45,00 1 suppo/ jour pdt 10 jours

7) HEMORREINE CREME

1 app 2 fois/ jour pdt 15 jours

= T 542,10

PPV: 64 DH 50

PPC: 137 DH 00

133,60

47,90

LOT: 01/223024
PER: 06/2028
Prix: 47,90 DH

Hemofast®
Pommade

19,60

14,50

Dr Ghailane Ghizlane
Hépato-Gastro-Entérologie
2d. Al Qods Res. les Princes
Entrée E15, Appart. 4. Ain C
Tel: 05 22 52 50 94 - Gsm: 07 06 14 35 74 - Email : dr2.ghizlane@gmail.com

HÉMOREÏNE
ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE
10 suppositoires
PPC : 80.00 DH

HÉMOREÏNE
PPC : 45.00 DH

LOT: 0056 Tube de 30g

EXP: 01/25

PPC: 45.00 DH

الأمراض (مدخل B)، الطابق الثاني، شقة رقم 4 - عين الشق - الدار البيضاء

Bd.Al Qods, Résidence les Princes, Entrée B, 2 ème Étage, Appt N° 04 - Ain C

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