

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 canalaires, 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 canalaires.

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 | : pcc@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° W21-830219

199709

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11716	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RACHID Khalid
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 160,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Challane Ghizlane Dr. Gastro - Entérologue Code: Rés. les Princes « B » Entrée 4, Appart 4 - Ain chock - Casablanca Tel: 05 22 20 45 45 - GSM: 07 06 14 35 74	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29 JAN. 2024	
Nom et prénom du malade : Mr RACHID Khalid Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : **Centre Aljal** Le : **29/01/2024**
 Signature de l'adhérent(e) : **Rachid Khalid**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/24	269.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 29/01/2024

Mr RCHID KHALID / 47 ans et 8 Mois

LOT: M1114
PER: 07/2025
PPU: 92,50DH

ORDONNANCE

1) UBIPROX 500MG

1 cp fois 2/ jour pdt 10 jours après repas

41.00 dz

2) TIDAZ 500MG

1 cp 2 fois/ jour après repas pdt 10 jours

95.40 dz

3) ULTRA LEVURE

1 gel x 2 / j pedant 15 jours après repas

269.90 dz

HARMACIE MACHAALLAH
DR. SLAHI asmaa
HAY EL HOUDA RUE 14 N°162
05 22 38 68 59

1211 01 2023 01 2026
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

Dr. Ghailane
Gastro - Endo
Bd. Al Qods, Rés. 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

TIDAZ® 500mg

Ornidazole

comprimés pelliculés - Boîte de 10

ent l'intégralité de cette notice avant de prendre le contenu des informations importantes pour ; pourriez avoir besoin de la relire. questions, demandez plus d'informations à votre laciens.

éventuel problème de déséquilibre ou de surdosage. Veuillez indiquer à votre médecin ou à l'apothicaire où avez pris récemment un autre médicament obtenu sans ordonnance.

Aliments et boissons :
Eviter la prise de boissons alcoolisées. Chaleur rousseur, vomissements, anémie, etc.

chaleur, rougeurs, vomissements, **Interactions avec les produits**

alternatives : Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce et l'allaitement. Si vous découvrez

votre médecin, lui seul peut juger

Demandez conseil à votre médecin.

prendre tout médicament.

Sportifs : *Le Vélo*

Effets sur l'aptitude à conduire

machines:

L'attention est attirée, notamment par l'utilisation de machines sur lesquelles

les utilisateurs de maculilles, suivies
attachées à l'emploi de ce médicament.

conduire de véhicules ni d'utiliser de

Enfants et adolescents

