

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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.



# Declaration de Maladie

N° W19-549233

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : _____ Société : _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	40221
Nom & Prénom : DURHIZAL AHMED'			
Date de naissance : 06/09/65			
Adresse : 33 Lot 81HAM RUE5 APP7 CALIFORNIE CASA			
Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 771,10 DH			
Dr Ghailane Ghizlane Hépato - Gastro - Entérologue Bo. Al Qods, Rés. les Princes 909 2ème Etg. Appt 4 - Ain chock - Casablanca Tel: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 33			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07 - 07 - 2020			
Nom et prénom du malade : Ait Ali Khadidja			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : Casablanca Le : 15/09/2020 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
01.07.95	CS	1	200,00	INP : 10912N14644 Dr Ghislaine Griziane Hépato Gastro - Entérologue 129, Avenue des Princes - 92100 Boulogne-Billancourt - Casier
30.06.95	CT		G 200,00 MEDECIN	
14.07.95	CT		G 200,00 MEDECIN	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 3 PHARMACIE SOULAIMA OUSRA LAHBABI LAHLOU Les Jardins de Californie 2* de Fes Imm.1 Californie Tel: 05.22.21.98.94	07/07/2020	351,60
	14/07/2020	219,50

#### **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
		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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> $\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# 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



Casablanca le : 07/07/2020

Mme AIT ALI KHADIJA / 40 ans et 10 Mois

60,00

ORDONNANCE

1) MEDIVEINE 600

2 cp x 2/j pdt 7j puis 1 cp x 2/j pdt 20j après repas (

14,50 x 3

2) HEMOFAST SUPPOSITOIRE

1 suppo matin et soir pdt 10j

19,60

3) HEMOFAST CREME RECTALE

1 app matin et soir pdt 10j

53,00

4) DAKTARIN GEL BUCCAL

1 app x 3 / j pdt 10j

49,80 x 2

5) FLAGYL 500

1 CP 2FOIS/J PDT 14J

75,90

6) AVARICON H

1 app fois 2/ jour pdt 10 jours

= 351,60

# الدكتورة غيلان غزلان

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

الم Hague  
بلج

LOT 200674

EXP 03/2023

PPV 60.00

للتالي بالدار البيضاء  
جامعة ابن رشد

14,50

14,50

14,50

Hemofast®  
Pommade

19,60

QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

118001 180745

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

PER. 06/2024

P.P.V : 49DH00

6 118000 060062

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

PER. 06/2024

P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

AVARICON H  
AVARICON H  
PPC: 75,90 DH

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU

Rés «Les Jardins de California 2<sup>e</sup>  
Bd. de Fes Imm. 1 California

شارع القدس، إقامة الأمراء (مدخل 8)، الطابق الثاني، شقة 4 - عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Résidence les Princes, Entrée B, 2ème Etage, Appt N° 04 - Ain chock - Casablanca

Tél: 05 22 52 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74 - E-mail: dr2.ghizlane@gmail.com



# 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



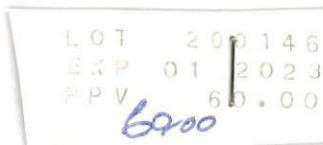
Casablanca le : 14/07/2020

Mme AIT ALI KHADIJA / 40 ans et 10 Mois

- 60,00*  
1) MEDIVEINE 600  
1 cp fois 2 / jour pdt 1 mois  
*59,50*  
2) CIRCULEX CREME  
1 app fois 2 / jour pdt 20 jours

*= 119,50*

## ORDONNANCE



Chailane Ghizlane  
Hepato - Gastro - Entérologue  
Bd. Al Qods, Rés les Princes B  
Entrée B, Appart 4 - Ain chock Casablanca  
Tél: 05 22 52 50 94 - GSM: 07 06 14 35 74

شارع القدس، إقامة الأمراء (مدخل ب)، الطابق الثاني، شقة رقم 4 - عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Résidence les Princes, Entrée B, 2ème Etage, Appart N° 04 - Ain chock - Casablanca

Tél: 05 22 52 50 94 - GSM : 07 06 14 35 74 - E-mail: dr2.ghizlane@gmail.com