

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.

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 16 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-788788

CO

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM 162652	
Matricule : 00372			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boussetta Halima			
Date de naissance : 01/01/1946			
Adresse : Assif C/ NE 319 Marrakech			
Tél. : 0661208926	Total des frais engagés : 1500,70 Dhs		

Centre Gueliz de Casablanca

INPE : 041135997

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. L. EL YAMANI

Cachet du médecin : Dr. M. L. EL YAMANI

Date de consultation : 20/04/2014

Nom et prénom du malade : Bm BSETTA HAMNA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SII

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 Marrakech le 27/04/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/04/2013

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-788788

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 : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussetta

Total des frais engagés : 500,70

Date de dépôt :

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
2015/07/23	CS	3		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie KAMZLY</p> <p>2 L'assainissement BOUAMIA 75 - 7D ASSAF - Marakech Tél : 024.30.62.22</p>	27-11-23	<p>Pharmacie KAMZLY</p> <p>2 L'assainissement BOUAMIA 75 - 7D ASSAF - Marakech Tél : 024.30.62.22</p>

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	

VOLET ADHERENT

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

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.

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

DR. MOHAMED L. EL YAMANI

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech



مركز جليز لأمراض الجهاز المضي
الدكتور محمد أ. اليماني

اختصاصي في أمراض الجهاز المضي والكبد

حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بباريس

طبيب سابق بالمستشفى الجهوبي بمراكش

Marrakech le, 27/04/2023

Mme BOUSSETTA Halima

MÉTEOSPASMYL 60
1 capsule, 3 fois par jour, avant les repas

CARBOSORB
2 gélule, midi et soir

BEDELIX
1 sachet, matin midi et soir



Pharmacie KAMILIA
Lettagelement BOUAMRIA
70 - 70 ASSETTE - Marrakech
Tél. : 06 24 73 79 90

شقة رقم 2 - عمارة النخيل 1 - شارع يعقوب المنصور - جليز - 40000 - مراكش
Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech

Telephone : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 ☎ الهاتف : 0624 73 79 90

E-mail : cggagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com : البريد الإلكتروني

ميتوسباسمي®

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

سترات أقيرين 60 ملء سمعكون 300 ملء

METOOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

عن طريق الفم

20 كبسولة لينة



CARBOSORB®

PPC: 79,50 DH
01/2028
A consommer de préférence avant le: 01/2028
Lot: 230019



مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي
الدكتور محمد أ. اليامي
أخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الجهوي براكش

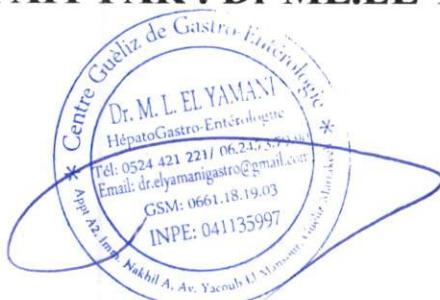
DATE : 27/04/2023

FACTURE

Je soussigné atteste par la présente que Madame BOUSSETTA HALIMA a payé 300 dirhams (trois cent dirhams) en guise d'honoraires du centre Gueliz de Gastro-entérologie relatifs à :

- une consultation et echographie : 300 dirhams (trois cent dirhams).

FAIT PAR : Dr ML.EL YAMANI



شقة رقم 2 - عمارة التخيّل أ - شارع يعقوب المنصور - جليز - 40000 - مراكش

Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech

Telephone : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 | الملف : 0624 73 79 90

E-mail : eggagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com | إلى يد الأذكي، رقم :