

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 canaux, 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 canaux.

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.

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 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-802435

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **00372**

Matricule : **00372** Société : **RAM 137927**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Broussette Halima**

Nom & Prénom : **Broussette Halima**

Date de naissance : **01/01/1946**

Adresse : **Assir 219**

Tél. : **0661208926** Total des frais engagés : **#497,60#** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. M.L. EL YAMANI
INPE: 041135997

Date de consultation : **14 SEP 2023**

Nom et prénom du malade : **BROUSSETTE HALIMA** Age : **77 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **chc**

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 : **Assir** Le : **14 SEP 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-802435

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) : **Broussette Halima**

Total des frais engagés : **497,60**

Date de dépôt : **14/09/23**

RELEVÉ 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
14/01/2020		CS	300	INE: 1111111111 Dr. M. L. EL YAMANI HepatoGastro-Entérologie * Tel: 0524 421 2217-06 2473 73 58 * * Email: dr.elyamani@mgma.com.tn *

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD 75-70, Lot, Bouamria - Assif Marrakech Tél : 05 24 30	14/09/23	197,60

[illegible]

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

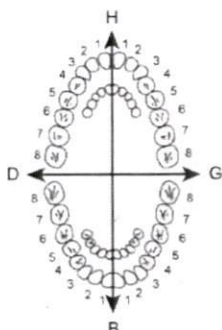
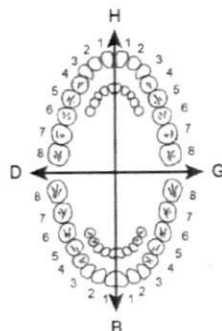
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

DR. MOHAMED L. EL YAMANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech



مركز جليلز لأمراض الجهاز الهضمي
مركز جليلز لأمراض الجهاز الهضمي
الدكتور محمد ل. اليماني
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بالرباط
حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الجهوي بمراكش

DATE : 14/09/2023

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: 300 dirhams (trois cent dirhams)

FAIT PAR : Dr ML.EL YAMANI



شقة رقم 2 - عمارة النخيل أ - شارع يعقوب المنصور - جليلز - 40000 - مراكش
Appt. A2 - Immeuble Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech
شقة رقم 2 - عمارة النخيل أ - شارع يعقوب المنصور - جليلز - 40000 - مراكش
Appt. A2 - Immeuble Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech
E-mail: cegueliz@gmail.com Dr. ElyamaniGastro@gmail.com : 0624 73 79 90
E-mail: cegueliz@gmail.com Dr. ElyamaniGastro@gmail.com : 0624 73 79 90

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

DR. MOHAMED L. EL YAMANI

Spécialiste en Hépatogastro-entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech



مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي
الدكتور محمد أ. اليماني
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
حاصل على شهادة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الجهوي بمراكش

Marrakech le, 14/09/2023

Mme BOUSSETTA Halima

S2,40

SMECTA

1 sachet, 3 fois par jour, après les repas

22,90

LOPÉRIUM 2

prendre 2 gélules, puis 1 gélule après chaque selle liquide sans dépasser 6 par jour

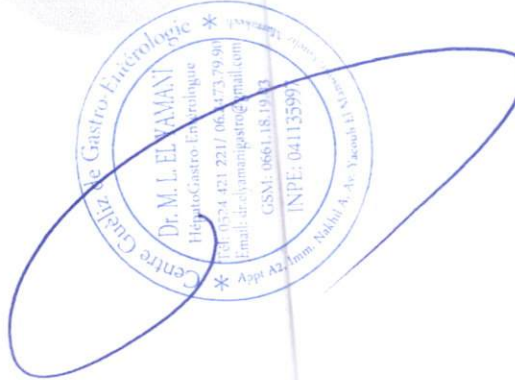
122,30

DICETEL 100

1 comprimé, 3 fois par jour, avant les repas

197,60

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouchra BAGHDAD
7S-7D, Lot, Bouamria - Assif (C)
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22



شقة رقم 2 - عمارة النخيل 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 : الهاتف ☎ 0624 73 79 90
البريد الإلكتروني : Dr.ElyamaniGastro@gmail.com - E-mail : cggagenda@gmail.com

22,90
P.V. 22DH93
PER 0.4/26
LOT M1371

122,30

LOT: 205006
PER: 12 2025
SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET 830
P.P.V: 52DH40
6 118000 011460