

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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

CO

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00372

Société :

RAM 127927

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BOUSETTA HALIMA

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assif c NE 319

Tél. : 0661208926

Total des frais engagés :

497,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : BOUSETTA HALIMA

Age: 77 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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'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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14 SEP. 2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-802435

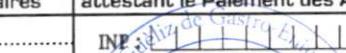
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 00372
Nom de l'adhérent(e) : BOUSETTA
Total des frais engagés : 497,60
Date de dépôt : 14/09/23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
14/09/2023	CG	300	INFE : 011155007	  Dr. M. L. EL YAMANI HépatoGastro Entérologue Tel: 0524 421 221 / 06 233 7400 Email: drelyamani@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	INPE 041135997 Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BACHDAD PS-7D, Lot, Bouamnia - Assif Marrakech Tel : 05 24 30 82	16/08/23	197,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, 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"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
				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

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

DR MOHAMED L. EL YAMANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech



مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي
الدكتور محمد ا. اليعاني
دكتور محمد ا. اليعاني
أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بأمراء
طبيب سبق على شهادة كلية الطب بجامعة الريان
طبيب سبق على شهادة كلية الطب بجامعة الريان
طبيب سبق بالمسنن الجبوي براكش

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 التخييل أ - شارع يعقوب المنصور - جليز - 40000 - مراكش
Appt. A2 40000 Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech
Appt. A2 - Telephone: 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - افاس: 0624 73 79 90
Appt. A2 - Telephone: 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - افاس: 0624 73 79 90
E-mail: lepmagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com - افاس: 0624 73 79 90
E-mail: lepmagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com - افاس: 0624 73 79 90

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 الهضمي
الدكتور محمد أ. اليماني
أخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
حاصل على شهادة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الجوي براڭش

Marrakech le, 14/09/2023

Mme BOUSSETTA Halima

52,40

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, Bouamra - 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 ☎ 0624 73 79 90
البريد الإلكتروني : E-mail : cggagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com

22,90

P.P.V 22DH40
PER 04/26
LOT M1371

122,30

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40

6 118000 011460

SMECTA
ORANGE
VANILLE

3G SACHET B30

52DH40

6 118000 011460