

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](mailto:Reclamation@mupras.com) : contact@mupras.com
- [Prise en charge](mailto:Pec@mupras.com) : pec@mupras.com
- [Adhésion et changement de statut](mailto:Adhesion@mupras.com) : 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° W19-508379

49021

Optique

A

Maladie

Dentaire

Matricule : 00372

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boussette Halima

01/01/1946

Date de naissance :

Assafé NE 319

Adresse :

Marrakech

Tél. : 0661208926

Total des frais engagés : #477,90#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech

Le : 30/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-508379

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussette

Total des frais engagés : 477,90

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
30/09/20	CS		3000.- Dh	Dr M. ELYAMANI INPE : 041135997

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
I.N.P.F. 072035983 Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDAD et Bouamra ASSOCIÉ Zakech 00 63 22	20/09/2008	177.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

الدكتور سعيد الجستيمي

Dr. Saïd EL JASTIMI

أستاذ م. في أمراض الجهاز الهضمي

Pr. A. en Hépato Gastro Entérologie



الدكتور محمد أ. اليماني

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

أمراض المرئ، المعدة، الأمعاء، الكبد • طب وجراحة الشرج • الفحص التشخيصي والعلاجي بالمنظار • الفحص التشخيصي والعلاجي بالصدى • القياس الحمضي للمرئ

Maladies de l'Œsophage, de l'Estomac, de l'Intestin et du Foie • Proctologie Médicale et Chirurgicale • Endoscopie Digestive Diagnostique et Thérapeutique • Echographie Diagnostique et Thérapeutique • pH-métrie Oesophagienne

25/5/2022

Bm 88888888

HAN 70

30.8
18.3

①



Roxid

2

-2

Lot :
PER. 02/2025

MODIUM 2MG GELULE
20 GEL
P.P.V : 30DH50
6 118000 010845

3mis

22/6

8.8

②



smecta

1

→

PER. 04/2025

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40
6 118000 011460

11/6

④



GHEGU

1

-1

OT : 6984

AV : 01-25

P.V : 45 DH90

PHARMACEUTICAL AMERICA
DR. Boudra GAGHDAL
75-7D, lot Bouamama - Agdal
Tél. 0524 43 43 22

NRQr

E

ROXID®

Nitronazole 200 mg

Boîte de 18 gélules

PPV : 18,30 DH

6 118000 190851

NRQr

E

ROXID®

Nitronazole 200 mg

Boîte de 18 gélules

PPV : 30,80 DH

6 118000 190863

شقة رقم 2 - عمارة الندى - شارع يعقوب المنصور - جليز - 40000 - مراكش - 40000

فاكس : 08 08 37 98 27 - الهاتف : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 / 06 61 37 38 11 - Fax : 08 08 37 98 27

E-mail : Gueliz.Gastro@gmail.com - Dr.EljastimiGastro@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com