

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS est le respect des règles d'éthique et de la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-490839

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule | 372 | Société | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : | | Bou setta Halima | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input 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'attention du médecin conseil de la Mutuelle | | | |

MUPRAS
19 NOV. 2019
ACCUET

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-490839

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 : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____ Dhs
Date de début : _____

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|------------------|-------------|--|---------------|----------------|------------------------|-----------------|----------------|-----------|----------|--|--|--|
| | | | | | <input type="text"/> Montant des soin <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soin <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="4">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </div> | D | 25533412 | 21433552 | G | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | |
| D | 25533412 | 21433552 | | G | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOLET ADHERENT NOM: <u>Boussette Halima</u> Mle <u>00372</u> DECLARATION N° <u>W18-344528</u> <table border="1"> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td><u>09/10/19</u></td> <td><u>#563,20</u></td> <td><u>05</u></td> </tr> </table> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p> <p style="text-align: right;"><u>EP</u></p> | | | | | | Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | <u>09/10/19</u> | <u>#563,20</u> | <u>05</u> | | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | | | | | | | | | | | | |
| <u>09/10/19</u> | <u>#563,20</u> | <u>05</u> | | | | | | | | | | | | | |



W18-344528

DATE DE DEPO

...../...../201.

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 00372 | |
| Nom & Prénom Boussetta Hafima | | | |
| Fonction : Retraité | | Phones 0661208926 | |
| Mail Contact@gsm.ma | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient Hafima | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age |
| Nature de la maladie | | | Date 1ère visite |
| 09 OCT. 2019 | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes CS + GCIS | | Nbre de Coefficient 40000 | |
| Montant détaillé des honoraires 40000 | | Date 09/10/19 | |
| PHARMACIE Montant de la facture 103,20 | | Date 09/10/19 | |
| I. N. P. E 072035983 | | Pharmacie KARIM Dr. Bouchra BAGHDAD 75-7D, Lot. Bouamna - As Marrakech Tel : 05 24 30 63 22 | |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES | | Date : | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| CACHET | | | |
| AUXILLIAIRES MEDICAUX | | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |

مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie



مركز جليز للأمراض الجهاز الهضمي

Diplômé de la Faculté de Médecine De Rabat
Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech

الدكتور محمد أ. اليماني

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

حاصل على شهادة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الجموي بمراكش

أمراض المريء، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب و جراحة الشرج •
الشخصي والطبيعي بالمنظار • الفحص الشخصي و العلاجي بالصدى • التفاصي للمرئ

Maladies de l'Esophage, 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

09 OCT. 2019

BOUSSUITA MARRAKESH

2413

① MIRBUTINE



5740

② BENOMEX

1 — 1 — 1



2110

③ UDRAK

1 — 1 — 1

pharmacie KAMILA
Dr. Bouchra BAGHDADI
75-70, Tel. Bouamra - Assif (C)
Marrakech
Tel : 05 24 30 83 22

103,25

④ CAMBUTAL

2 — 2 — 2

Centre Gueliz de Gastro-Entérologie
Appt. A2 - Imm. Nakhl A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech - 40000 - مراكش - جليز - شارع يعقوب المنصور - شقة رقم 2 - عمارة النخيل أ -
الفاكس : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - الهاتف : 08 08 37 98 27 - Fax : 08 08 37 98 27
E-mail : Gueliz.Gastro@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com

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

الفاكس : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - الهاتف : 08 08 37 98 27 - Fax : 08 08 37 98 27

البريد الإلكتروني : Gueliz.Gastro@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com

Librax®

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

estinaux et génito-ur

LOT : 8MA213
PER. : 09/2023
P.P.V. : 57DH70

6 118000 010234

méthylamino-5-phén

bromure de 1-méthy

correspondant à 406

idinium se complètent dans leur action sur les voies gastro-intestinales et des voies génito-urinaires. Le chloridinium, tolérée, exerce un effet anxiolytique, tensiolytique lorsque l'anxiété et la tension psychique influent sur le tableau clinique.

ergique de synthèse. Il élimine les spasmes de la crête. L'association des deux principes actifs agit rapidement sur les symptômes que l'on observe au niveau intestinal et au niveau des voies génito-urinaires. Il entraîne une stabilisation rapide des fonctions neuro-

LOT:19089 PER:07/2022
PPU: 21,00 DH

épendamment absorbé et parvient à une concentration plasmatique maximale de deux à quatre heures. La demi-vie de l'oxazepam est de 0,3-0,4 l/kg de corps. La substance est métabolisée pharmacologiquement dans les tissus et placentaires; ils passent

les environ pendant la phase d'élimination. La clairance de 1% d'une dose orale est inchangé. La désalkylation entraîne aux métabolites suivants, l'oxépam, desméthylidiazepam. La forme de conjugués inactifs sont équilibrés dans l'équilibre du chlordiazépoxide. Les métabolites s'accumulent

forme inchangée dans l'intestin. La clairance métabolique comportant une amine active est retrouvé dans les fèces de la dose orale est soumise à un métabolisme dans l'urine. La clairance dans l'urine s'effectue dans les 20 heures en moyenne.

24,50

accompagnant de troubles fonctionnels digestifs à composante spastique.

Posologie habituelle :

3-4 dragées par jour. Prendre le médicament de préférence une demi-heure avant les repas avec du liquide.

Directives posologiques particulières :

Patients âgés et faibles : commencer par 1-2 dragées par jour, puis augmenter peu à peu la posologie jusqu'à la dose optimale, efficace et tolérée.

Enfants : 1-2 dragées par jour, selon l'âge et l'affection à traiter. Les dragées peuvent être avalées entières ou écrasées, avec du liquide.

عيادة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي
CABINET D'HÉPATO GASTRO ENTÉROLOGIE

الدكتور سعيد الجستيمي

Dr. Saïd EL JASTIMI

أستاذ م. في أمراض الجهاز الهضمي

Pr. A. En Hépato Gastro Entérologie



الدكتور محمد آ. اليماني

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

أخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

أمراض المريء، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب وراحة الشرج • الفحص الشخصي والمعاخي بالمنظار • الفحص الشخصي والمعاخي بالصدى • القياس الحمضي للسرير
Maladies de l'Esophage, de l'Estomac, de l'Intestin et du Foie • Proctologie Médicale et Chirurgicale • Endoscopie Digestive Diagnostique et Thérapeutique • Echographie Diagnostique et Thérapeutique • pH-métrie

PATENTE : 45025104 - CNSS : 9763039 - I.F : 14472838 - ICE : 001684175000002

DATE : 09/10/2019

FACTURE

Je soussigné atteste par la présente que Madame BOUSSETTA HALIMA A payé 400 dirhams (quatre cent dirhams) en guise d'honoraires du centre Gueliz de Gastro-entérologie relatifs à :

- Une consultation : 200dhs deux cent dirhams
- Une echographie : 200 dirhams (deux cent dirhams)
-



FAIT PAR : Dr ML.EL YAMANI