

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 : adh@mun@mupras.com

La MUPRAS est la seule société de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc. Elle est agréée par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale.



Déclaration de Maladie

N° W19-490839

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3-22 Société : Comp

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bousetta 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 : ☐ 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 : / Le : /

Signature de l'adhérent(e) : /

VOLET ADHERENT

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 : /

Date de dépôt : / /

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT		NOM: <u>Boussetta Halima</u>	Mle: <u>00372</u>
DECLARATION N°		<u>W18-344528</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>09/10/19</u>	<u>#563,20#</u>	<u>05</u>	
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			



W18-344528

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>00372</u>
Nom & Prénom <u>Boussetta Halima</u>		
Fonction: <u>Retraite</u>	Phone: <u>066228926</u>	
Mail: <u>Contact@asm.ma</u>		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>Halima</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>09 OCT. 2019</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS + GCie</u>		<u>40000</u>
PHARMACIE		
Date	<u>09/10/19</u>	
Montant de la facture	<u>103,20</u>	
I. N. P. E 072035983		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	Date :	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. M.L. EL YAMANI
INPE: 0477359937
Pharmacie KHALIL A
Dr. Bouchra BACHDA
7S-7D, Lot, Bouamra - Assi (C)
Marrakech
Tel: 05 24 30 63 22

مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

Spécialiste en Hépto Gastro Entérologie

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 الجهوي بمراكش

أمراض المرئ، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب و جراحة الفرج • فحص التشخيصي و العلاجي بالمنظار • الفحص التشخيصي و العلاجي 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 Œsophagienne

09 OCT. 2019

BOUCHETTA HANN

2410

① MURBUTINE

1 — 1 — 1

07450

② BORUX

1 — 1 — 1

21100

③ UDNAX

103,20

④ CANABOLONE

2 — 2 — 2



Pharmacie KAMMIL
Dr. Bouchetta HANN
75-7D, Lot Bouajma - Assif (C)
Marrakech
Tel : 05 24 30 63 22

Librax®

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

estinaux et génito-ur

méthylamino-5-phén
bromure de 1-méthyl

correspondant à 406

LOT : 8MM213
PER : 09 2023

BEDELIX 3G
SACHETS B30

P.P.V : 57DH70



6 118000 010234

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

ergique de synthèse. Il élimine les spasmes de
crétoire. L'association des deux principes actifs
riphérique sur les symptômes que l'on observe
au niveau intestinal et au niveau des voies génito-
traîne une stabilisation rapide des fonctions neuro-

èremment absorbé et parvient
la concentration plasmatique
deux à quatre heures.
oxide est de 0,3-0,4 l/kg de
eint 93-97%. La substance
abolite pharmacologiquement
es et placentaires; ils passent

es environ pendant la phase
d'élimination. La clairance
de 1% d'une dose orale est
changé. La désalkylation et
nce aux métabolites suivants,
oxépam, desméthyl diazepam.
forme de conjugués inactifs
équilibre du chlordiazépoxide
es métabolites s'accumulent

orme inchangée dans l'intestin
holique comportant une amine
ment retrouvé dans les fèces
de la dose orale est soumise
mination dans l'urine s'effectue
et 20 heures en moyenne.

2450

spasmodique.

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 Hépto Gastro Entérologie



الدكتور محمد أ. اليماني

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

Spécialiste en Hépto Gastro Entérologie

أمراض المرئ، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب و جراحة 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

PATENTÉ : 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)

**CENTRE GUELIZ
DE GASTROENTEROLOGIE**
Apprt A2, Imm. Nakhil A, Av. Yacoub El Mansour,
Gueliz, Marrakech - Tél : 0524 421 221 / 0524 434 322
Tél : 0524 434 322 - 0608 379827
Courriel : gueliz-gastro@gmail.com

FAIT PAR : Dr M.L.EL YAMANI