

# 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 : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |                                       |  |  |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Matricule :                    | 10 351                                | Société :  | R.A.M                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                     | ZITOUNI                                |
| Nom & Prénom :                 |                                       | CHAIR  |  |
| Date de naissance :            |                                       | 01 - 01 - 1955                                       |  |
| Adresse :                      |                                       | 113 Rue de Ksar Bhar 2<br>Cité d'Jamaa - CASA BLANCA |  |
| Tél. :                         |                                       | 06 78 20 48 41                                       | Total des frais engagés : 10.99.00 Dhs |

## Cadre réservé au Médecin

|  |                                   |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :  |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation :   | 7/8/2023                          | Nom et prénom du malade :         | MERDAL TOURIA                   |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :   | AFF dy ojla                       |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :  | <input type="checkbox"/> ALD      | <input type="checkbox"/> ALC      | Pathologie :                    |
| 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 :   | 03 OCT 2023                       |                                   |                                 |
| Signature de l'adhérent(e) :   |                                   |                                   |                                 |

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 7/8/2023        | S3                | 300                   |  |  |
|                 |                   |                       | Le Dr. Béla Alami CASA<br>Télé: 03 22 28 88 78<br>Fax: 03 22 28 88 78<br>N° de la Pharmacie: 392009356 | Le Dr. Béla Alami CASA<br>Télé: 03 22 28 88 78<br>Fax: 03 22 28 88 78<br>N° de la Pharmacie: 392009356 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE ALAMI<br>Dr Béla ALAMI CASA<br>Télé: 03 22 28 88 78<br>Fax: 03 22 28 88 78 | 7/8/2023  | 199.80                |
|  | 21-9-2023 | 99.20                 |

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

Dentition d'après le plan d'Anatomie dentaire de G. Leriche et J. P. Bourgat. Tél: 03 22 28 88 78 / 03 22 94 61 81

IMP: 091 08 00 25

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |                              |
|---------------------------|---|--------------------|------------------------------|
|                           | H 25533412 00000000 35533411              |                    | G 21433552 00000000 11433553 |
|                           | D 00000000                                |                    | B 00000000                   |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |
|                           |   |                    |                              |

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION |  |  |
|---------------|---------------------|--|--|
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |
|               |                     |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

## عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Docteur Zineb JAMIL

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE

الدكتورة زينب جميل

اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

07/08/2023

MME MERDAL TOURIA

119,00<sup>DH</sup>  
• JUVATONUS - Gélule  
1 cp matin et soir avant repas pendant 20 jours



PHARMACIE AL WIAM  
Dr BELALAMI  
Janilia 11 Rue 19 N° 15 CASA  
TEL : 0522386076



Professeur Driss JAMIL  
Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif  
201, Bd d'Anfa - Casablanca  
Tél. 0522.94.62.62 / 0522.94.61.61

a citrate 60 mg / Siméticone 300  
P.P.V. : 40,40 DH  
tribué par COOPER PHARMA

a citrate 60 mg / Siméticone  
P.P.V. : 40,40 DH  
tribué par COOPER PHARMA

40,40<sup>x2</sup>  
• Meteospasmol - capsule molle  
2 Capsules, matin et soir, avant repas pendant 15 j

199,80<sup>DH</sup>

Assistantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201، شارع أنفا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء  
201, Bd. d'Anfa 3<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca  
Fax: 05.22.39.62.62 | الفاكس: 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61 | الهاتف:

# CABINET D'HEPATO-

جهاز الهضم

Professeur Driss Jamil  
البروفيسور د. دريس جمیل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

MME MERDAL TOURIA

## Echographie Abdominale

### Indication

Dyspepsie//Bilan hépatique perturbé

### Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène

Veine porte de calibre normal. Veines sus-hépa  
Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées

Pancréas non vu en raison de la superposition

Reins de taille et d'échostructure normales avec des cavités pyélocalicielles.

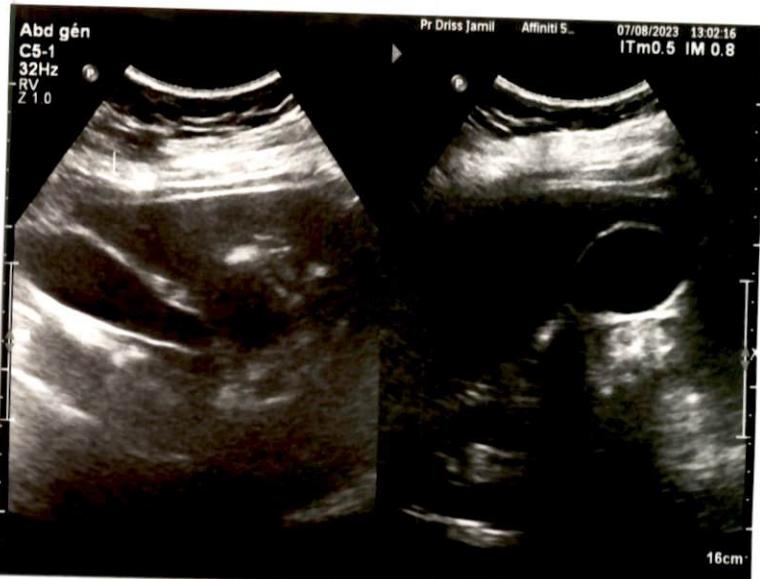
Rate : de taille normale

Aérocolie+++

### Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

Aerocolie



Assistantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201، شارع أنفا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء

201, Bd. d'Anfa 3<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

Fax: 05.22.39.62.62 | Tél.: 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61 | الهاتف :

# Professeur Driss Jamil

Maladies du Foie et de l'appareil digestif  
Endoscopie digestive - Echographie  
Proctologie Medico-Chirurgicale  
Membre de l'association Française des maladies du Foie (AFFE)  
Membre de la société Française de coloproctologie  
Membre de la société Française d'endoscopie digestive  
Président de l'Association SOS Hepatite

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التنظير الداخلي  
علاج وجراحة المخرج  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الكبد  
عضو الجمعية الفرنسية لتنظير الجهاز الهضمي  
رئيس جمعية إغاثة مرضى الكبد

## Facture N°: 2160

Date : 07/08/2023

Bénéficiaire : Mme Merdal Touria  
Mme MERDAL TOURIA

Tél:

Email:

Adresse:

| Code | Description          | Quantité | Prix   | Sous-total |
|------|----------------------|----------|--------|------------|
|      | Visite du 07/08/2023 |          |        |            |
| CNS  | Consultation         | 1        | 300,00 | 300,00     |
| ABD  | ECHOGRAPHIE          | 1        | 500,00 | 500,00     |
|      | Total                |          |        | 800,00     |

Arrêté le présent document à la somme de :  
huit cents dirham(s)

Driss JAMIL  
Maladies du Foie et de l'appareil digestif  
201, Bd d'Anfa - Casablanca  
Tél: 0522.94.62.62 / 0522.94.61.61

# CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil  
البروفيسور إدريس جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Dacteur Zineb Jamil  
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

21 / 09 / 2023

MME MERDAL TOURIA

D CURE FORT



1 amp / chaq 15 jours pendant 3mois

49.60  
x 2  
99.20

PHARMACIE AL WIAM  
Dr BELALAMI  
Jamilia II Rue 19 N° 15 CASA  
TEL : 05 22 38 60 76

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23B09  
EXP: 02/2026

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23B09  
EXP: 02/2026

201/05/22 94 70 62 / 05/22 94 61  
Dr. Driss JAMIL  
Professeur Driss JAMIL

Assistantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201، شارع أنا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء

201, Bd. d'Anfa 3<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

الهاتف : 05.22.39.62.62 | الفاكس : 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61