

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 ayant 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.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 8545 Société : RAM | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : ABDELGHANI | | | |
| Nom & Prénom : EL AISSOUG | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : Total des frais engagés : 2000 DH. | | | |
| Cadre réservé au Médecin 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 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 15/09/2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : EL AISSOUG AbdElghani | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : ALD | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compliquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. | | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements faits sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. | | | |
| Fait à : Le : / / | | | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|--|---------------------------------|--|
| 15/09/23 | ... → ... | La Facture 09/09/23 est payée Professeur DRSS JAMIL Malades du Foie et de l'Appareil Digestif 201, Bd Anfa - Casablanca 242-20-00-0522 36 62 62 / 0522 94 61 5 | NP : 09/09/23 | La Facture 09/09/23 est payée Professeur DRSS JAMIL Malades du Foie et de l'Appareil Digestif 201, Bd Anfa - Casablanca 242-20-00-0522 36 62 62 / 0522 94 61 5 |
| 15.09.23 | G | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

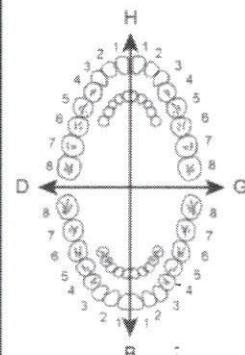
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

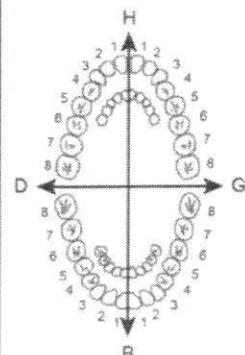
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

La Facture 09/09/23 est payée
Professeur DRSS JAMIL
Malades du Foie et de l'Appareil Digestif
201, Bd Anfa - Casablanca
242-20-00-0522 36 62 62 / 0522 94 61 5



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CLINIQUE GHANDI
MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05
FAX 05 22 94 64 91
CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

| | | |
|---|--------------------|--------------|
| Nom du patient : EL AISSOUG ABDELGHANI | | |
| Chambre : HJLITS1 | | |
| Médecin traitant | JAMIL DRISS | |
| Prise en charge | PAYANT | |
| Date entrée | 15/09/2023 | |
| Date sortie | 15/09/2023 | 09:14 |
| | | |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| <i>Billet de sortie établi par : SALMA 15/09/2023 11:48 230915085544FA-001</i> | | |

*CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11*

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 8348 / 2023 du 15/09/2023

Nom patient EL AISSOUG ABDELGHANI Entrée 15/09/2023
PAYANTS Sortie 15/09/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| FIBROSCOPIE | 1,00 | | 2 000,00 | 2 000,00 |
| <i>Sous-Total</i> | | | | 2 000,00 |
| Total Clinique | | | | 2 000,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|--------------------|-------|----------|
| DEUX MILLE DIRHAMS | Total | 2 000,00 |
| | | |

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

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

15/09/2023

MR EL AISSOUG ABDELGHANI

FI BROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

- Nom & Prénom du patient : Mr EL AISSOUG ABDELGHANI
- Anesthésie sous sedation DR REDOUANE, Gastroscope Olympus CV 180, désinfection selon les dernières recommandations des sociétés savantes (SFED, SMMAD)
- Opérateur (s): PR JAMIL
- **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Epigastralgies intenses+++avec vomissements ++++**

Examen

Oesophage

Normal sur toute sa hauteur, **cardia** Continent à 40 cm des AD

Estomac

Lac muqueux **bilieux+++abondant**.

Muqueuse antro-fundique érythémateuse et congestive (Biopsies).

Retrovision : même aspect sus- décrit.

Pylore : perméable et régulier facilement franchi.

Bulbe: Bulbite érythémateuse.

Duodénium post-bulbaire: Muqueuse d'aspect normal.

Conclusion

Reflux biliaire massif

Aspect de gastrite antro-fundique érythémateuse et congestive.

Bulbite érythémateuse.

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201 شارع أنفا - الدار البيضاء
05 22 94 61 61 / 05 22 94 62 62

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^{ème} 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: 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61