

# 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

- Reclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-004827

187612  
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUSSI Bahia  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : Avenue Duss Slacui Lotissement Zoukha  
 villa N°6 case  
 Tél. : 0661370625 Total des frais engagés : 2342,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUJATE - CASA

Date de consultation : 11 DEC. 2023  
 Nom et prénom du malade : Mr. Soussi Bahia Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur épigastrique, Abdominale  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : Casablanca


Signature de l'adhérent(e) :




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 DEC. 2023    | G                 |                       | 302,00                          |  |
| 11 DEC. 2023    | GR                |                       | 400,00                          |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeuse   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 11/12/23 | 1642,80               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

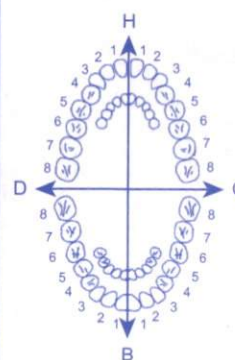
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  |   |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mohammed Jalil BENKIRANE

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



## الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز في الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

Casablanca, le : 11/12 /2023

Note d'honoraires

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à

Mme SOUSSI BAHJA

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Echographie : 400 ,00dh

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams (400,00 DH)

SIGNATURE

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
EPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, RUE AÏN TAOUJTE - CASABLANCA



## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Casablanca le : 11/12/2023

Nom et Prénom : **MME SOUSSI BAHJA**

Appareil : **Mindray DC-N3**

Motif de l'examen : **douleur épigastrique, abdominale**

Les différents plans de coupes échographiques montrent un foie de dimensions normales et de contours réguliers. Le parenchyme hépatique est d'écho structure normale, homogène.

Il n'y a pas d'anomalie de trajet ni des vaisseaux sous et sus hépatiques

La vésicule biliaire est en position banale, paroi est fine son contenu est anéchogène sans image lithiasique.

Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées. La voie biliaire principale est de calibre normal.

L'exploration du pancréas est normale.

La rate est sans particularité. Le Péritoine est sec

Les reins droit et gauche sont en position anatomique, de dimensions normales, de contours réguliers et d'organisation écho-structurale sans particularité,

Il n'y a pas de dilatation pyélo - calicielle ou urétérale. Le parenchyme est d'épaisseur normale. La différenciation parenchymo - centrale est bien visible

### CONCLUSION

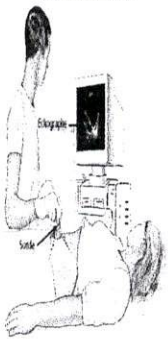
Aérocolie importante.

L'examen échographique de ce jour ne visualise aucune anomalie hépato-bilio-splénique ni rénale.

Aspect inflammatoire de la paroi gastrique.

Dr. BENKIRANE MED JALII  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, Bd. AIN TAOUJATE - CAS.

Echographie Abdominale



**Docteur**  
**M. J BENKIRANE**

Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Diplômé de la faculté de médecine de Paris  
Ancien attaché au CHU Bichat (Paris) et à  
L'hôpital de Poissy  
Diplômé en endoscopie digestive et  
interventionnelle  
Diplômé en échographie digestive  
Diplômé en nutrition  
Membre de la société française de Gastro  
Entérologie

13, Bd Ain Taoujate  
(en face clinique Badr)  
Rés Iliass Apt N° 3, 2<sup>ème</sup> Etage - Quartier  
Bourgogne  
Casablanca - Anfa ☎ 05 22 27 03 53  
13 شارع عين توجطات (مقابل مصحة بدر)  
إقامة إلياس شقة رقم 3 الطابق الثاني -  
الدور البيضاء - أنفا ☎ 05 22 27 03 53

E-mail :

faxcabinetbenkirane@gmail.com

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien attaché au CHU Bichat-Paris et à l'hôpital de Poissy  
Diplômé en Endoscopie Digestive et Interventionnelle  
Diplômé en Échographie Digestive  
Diplômé en Nutrition  
Membre de la Société Française d'Hépatogastro-entérologie



اختصاصي في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي و البواسر

مجاز بكلية الطب بباريس  
ملحق سابق بمستشفيات باريس  
مجاز الكشف بالمنظار  
مجاز الكشف بالتلفزة  
مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية  
عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي و التهاب الكبد

Casablanca, le : 11/12/2023

MME SOUSSI BAHJA

82.10 x 3  
14900 x 2  
4900  
19900 x 5  
5480  
• Inexium 20 mg

1 Comprimé, matin, avant repas, soir, après repas, pendant 14 jours puis 1 Comprimé, matin, avant repas, pendant 14 jours

• Mytium

1 gélule, matin, soir, au milieu du repas pendant 1 mois

• Avenoc

1 app après défécation si besoin

• Glutaform

1 sachet, matin, en dehors des repas pendant 3 mois

• Icol 135 mg

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 15 jours

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHE  
4, Avenue Côte d'Émeraude résidence  
Majestic B M-1 Ain Diab - Casa  
Tél.: 05 22 36 35 30

13, Bd Ain Taoujtate Rés Ilias Appt N°3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne ( en face clinique Badr)  
Casablanca-Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13, شارع عين توجطات إقامة الياس. رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون (مقابل مصحة بدر)

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف: 05 22 27 03 53

E-mail: faxcabinetbenkirane@gmail.com

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



PPC: 149.00 MAD

PPC: 149.00 MAD

**BOTTU SA**  
**PPV : 49 DH 00**

P.P.C

199 DH

P.P.C

199 DH

P.P.C

199 DH

P.P.C

199 DH

**LOT: 0210001A**  
**PER: 05/2024**  
**PPV: 54DH50**