

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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- N° 0031748

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3055 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. RABBI Med.
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 667 17378 Total des frais engagés : 706,400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21 / 12 / 23
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H. Digestive
 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 : Le :
 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
16/01/2024	214	05/05/22 36 74	726,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/2024	726,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/12/23	P385	600 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hepatologie & Gastroenterologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 16/01/2024 الدار البيضاء في

MME KARAMI HAKIMA

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE EL F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880

171,00

85,50 x 2

SV

- PINO 100mg - Comprimé

2 Comprimés , matin et soir, avant les repas, pendant 10 jours

280,00

- SysMETIX - Gélule

1 Gélule/ jour le matin pendant 2 mois

93,20

- TRIMEDAT 150 - comprimé

1 comprimé, matin midi et ,soir, pendant 10 jours

46,60 x 2

79,50

- CARBOSORB Transit

1 Comprimé, matin, midi et soir pendant 10 jours

73,50

- Forlax 10 g - poudre pour solution buvable

1 sachet soir pendant 20 jours

29,00

- Zyrdol 500 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, ,soir apres repas pendant 10 jours

T = 726,20

SV

SV

SV

SV

SV

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201, شارع أنفا - الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون) - الدار البيضاء | الهاتف : 0522.94.61.61 / 0522.94.62.62 / 0522.94.63.63 | الفاكس : 0522.39.62.62
201, Bd. d'Anfa 3^{ème} étage (En face de l'école Espagnole Juan Ramón) - Casablanca | Tél.: 0522.94.61.61/0522.94.62.62/0522.94.63.63 | Fax:0522.39.62.62
البروفيسور إدريس جميل
0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

LOT : 0230023A
PER : 04/2026
PPV : 85DH50

PINO® 100 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 30



6 118000 440291

LOT : 0230023A
PER : 04/2026
PPV : 85DH50

PINO® 100 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 30



6 118000 440291

LOT : 4138
PER : 05 - 28
P.P.V : 46 DH 60

Trimecat
Boîte de 20 gélules



6 118000 090953

LOT : 4138
PER : 05 - 28
P.P.V : 46 DH 60

Trimedat® 150 mg
Boîte de 20 gélules



6 118000 090953

ZYRDOL®
20 comprimés 500 mg



6 118000 032977

ZYRDOL® 500 mg. 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00
EXP 06/2026
LOT 33025 3

LOT: 22238A
EXP: 08/2024
PUC: 280.000H

Fabrication:
bellavie
Rue E. Duclot, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribution:
HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine Vailleux, Maarif
Casablanca Maroc
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N°Enregistrement au
ministère de la santé:
20212012086-V1/DMP/CA/18



5 430001 608014

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 11961 / 2023 du 27/12/2023

Nom patient **KARAMI HAKIMA**
PAYANTS

Entrée 27/12/2023
Sortie 27/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-COLONOSCOPIE	1,00		2 700,00	2 700,00
			Sous-Total	2 700,00
Total Clinique				2 700,00


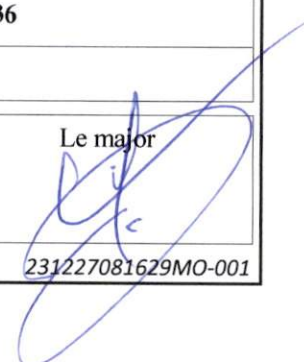
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS	Total 2 700,00

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

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
FAX 05 22 94 64 91
CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : KARAMI HAKIMA		
Chambre : HJCHAISE		
Médecin traitant	JAMIL DRISS	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	27/12/2023	
Date sortie	27/12/2023	09:36
Le caissier	L'infirmier	Le major
		
Billet de sortie établi par : KHAYRAN 27/12/2023 11:07 231227081629MO-001		

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
TEL. 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

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

22/12/2023

ADMISSION CLINIQUE

Prière d'admettre à la clinique GHANDI Mme KARAMI HAKIMA le Mardi
à 07 Heures 30 à jeun pour :

-Colonoscopie

Motif : Douleurs flanc gauche

TDM : zone dilatation sigmoïdienne en aval d'une stenose du
sigmoïde serrée étendue sur 4cm

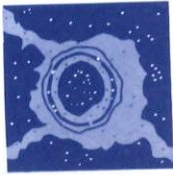
Professeur Driss JAMIL
Maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif
201, Bd d'Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 94 62 62 / 0522 94 61 61

Assisstantes : 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

الهاتف : 05.22.94.61.61 / 05.22.94.62.62 / Tél : 05.22.94.63.63 / الفاكس : 05.22.39.62.62



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : KARAMI HAKIMA

Docteur : JAMIL DRISS

Age : 54 ans

Date de réception : 27/12/2023

Organisme : NC

31227409

Code Patient : 23WA2405

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Colon= Biopsie colique étagée/ Muqueuse d'aspect normal.

Les fragments biopsiques examinés correspondent à l'examen histologique à des fragments d'une muqueuse colique dont l'architecture globale est respectée, à revêtement de surface cylindrique régulier. En regard, le chorion est d'aspect lâche bien vascularisé, il est discrètement infiltré d'éléments inflammatoires, associant des lymphoplasmocytes, avec des glandes en bon nombre, à revêtement tout à fait régulier.

La muscularis muqueuse est sans particularité.

CONCLUSION :

- Colon normal.
- Absence de spécificité ou de malignité sur ces prélèvements.

Signé : Dr. F. SEKKAT

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL