

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canalaire.

### 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 | : 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 vital Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (1G) - fax : 05 22 22 18 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-787158

AS 7918

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7807	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHERIFA RACHID			
Date de naissance : 08 Juillet 1968			
Adresse : CASA GREEN TOWN CGI ICOT 22 VILLA N°65 Bouskoura			
Télé : 06 61 32 83 77	Total des frais engagés :	0hs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. BENKIRANE MED JALI HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE 13 BD. AÏN TAOUTATE - CASA CLINIQUE JERRADA OASIS 115 AV. AÏT HAMOUD Casablanca - Maroc			
Date de consultation : 01/03/2023	Age :	56 ans	
Nom et prénom du malade : Mme bencherifa rachid			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Rhin			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AVR. 2023			
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) : Le : 04/03/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et estant le Psychiatre des Actes
04.03.23			CM CM	INR :  Dr. BENKIRANE HEDJALI EPATO GASTRO ENTADOUTATE DI-13-BD-AINTADOUTATE
11.03.2023			600,-	<i>Dr. BENKIRANE HEDJALI</i> EPATO GASTRO ENTADOUTATE DI-13-BD-AINTADOUTATE
04.03.23	FACTURE	04300133	600,-	<i>Dr. BENKIRANE HEDJALI</i> EPATO GASTRO ENTADOUTATE DI-13-BD-AINTADOUTATE

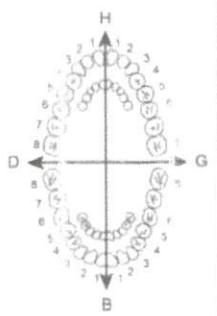
EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

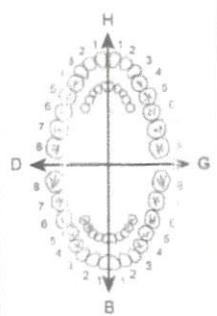
		AUXILIARIS	MEDICAL	CAUX	
Cachet et signature du Participant:	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

## VOLET ADHÉRENT

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



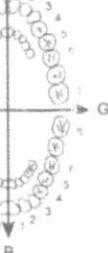
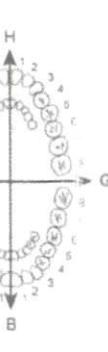
O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES



## [Création, remont, adjonction]



VIE A ET CACHET D J PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

	COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
	MONTANTS DES SOINS																			
	DEBUT D'EXECUTION																			
	FIN D'EXECUTION																			
<b>OD.F PROTHESSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			D	H	00000000	21433552	35533411	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	B
D	H																			
00000000	21433552																			
35533411	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B	B																			
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>																				
	COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
	MONTANTS DES SOINS																			
	DATE DU DEVIS																			
	DATE DE L'EXECUTION																			

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

*Lapla*

CASABLANCA Le : 04-03-2023

## Facture N° 04300/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23C04080303

N° Identifiant : 074115/23

**Nom & Prénom : Mme BENCHERIFA MARIAM**

C.I.N : BW20514

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 65 LA VILLA VERTZ BOUSKOURA CASA

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BENKIRANE MED JALIL

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-03-2023

Date Sortie : 04-03-2023

Traitemennt : COLONOSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	COLONOSCOPIE		2 420,00			2 420,00
Total Rubrique :						
						<b>2 420,00</b>
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PINCE A BIOPSIE COLO		180,00			180,00
Total Rubrique :						
						<b>180,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
<b>2 600,00</b>						

DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

*CLINIQUE JERRADA OASIS  
Ave. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA  
Fax: 05 22 23 81 82*

## COMPTE REDU D'UNE COLOSCOPIE



**Docteur M.J. BENKIRANE**

Spécialiste en Hépato Gastro  
Entérologie

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 Taoujitate  
Rés Iliass Appt N° 3, 2<sup>ème</sup> Etage  
Quartier Bourgogne - Anfa  
Casablanca

شارع عين توجملت 13  
إقامة إيلاس، شقة رقم 3 الطبق الثاني -  
الدار البيضاء

05 22 27 03 53

Casablanca le : 04/03/2023

**Nom et Prénom: Mlle BENCHERIFA MARIAM**

**Appareil : FUJIFILM EG-760R**

**Indication : Trouble de transit, rectorragies, glaires**

\*\* Examen réalisé à la clinique JERRADA OASIS sous sédation (Propofol).

**Anesthésiste : Dr MAKAISSI**

**Examen réalisé sous CO<sub>2</sub>**

La préparation est correcte.

Progression jusqu'à l'iléon terminal et au bas fond cæcal qui.

On note une inflammation de la muqueuse iléale qui est érythémateuse, érosive.

Par ailleurs on note aussi une inflammation de la fossette appendiculaire

Du rectum au colon bas fond caecal la muqueuse est érythémateuse, érosive avec ulcérations d'aspect aphtoïdes avec quelques intervalles de muqueuse saines.

### CONCLUSION

**Iléo coloscopie.**

**Inflammation de la muqueuse iléale avec érosions et aspect polypoïdes.**

**Pan colite érythémateuse d'aspect érosive avec présence d'ulcération d'aspect aphtoïdes.**

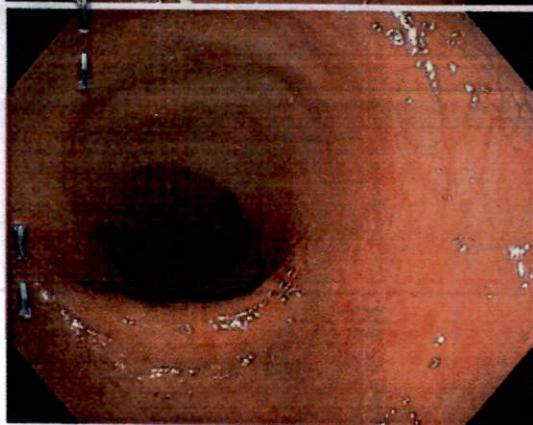
**Aspect pouvant évoquer une maladie de Crohn**

**\*\*Utilisation de matériel à usage unique.**

Boston Scientific  
Radial Jaw™ 4  
2.8mm  
STIN 08714729745525  
REF M00513320  
LOT 29105900



DR. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, Bd. Ain Taoujitate - Casablanca  
Tél: 05 22 27 03 53



Mme BENCHERIFA MARIAM  
Dr BENKIRANE  
Dr MAKAISSI  
CL JERRADA OASIS  
COLOSCOPIE  
04/03/2023

