

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.

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

M23-020160

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1283 Société : 17693

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-763987

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1238 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chafiq Mounira

Date de naissance : 24/10/42

Adresse : 457 rue Attobai Cas

Tél. : 0661211653 Total des frais engagés : 5580,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chafiq Mounira Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFT de 2e

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-763987

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 1238

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 5580,00

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/05/23 | voir | 5559,- | | INP : 0900031254 |
| 19/09/2023 | facture | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---------------------------|--|------------------|-------------|--|
| | | | | 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21432552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | 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'EXE

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroentérologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 11/09/2023 في الدار البيضاء

Prière d'admettre
M^{re} Chafik
Nourita Jmi
Almosque s/n.

Admission la veille de
l'examen - Mardi
à 14h.

Clique: Grande.

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

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 8299 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient **CHAFIK MOUNIRA**
PAYANTS

Entrée 12/09/2023
Sortie 13/09/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| -CHAMBRE SUPERIEURE | 1,00 | | 1 300,00 | 1 300,00 |
| FIBROSCOPIE+COLONOSCOPIE | 1,00 | | 4 000,00 | 4 000,00 |
| | | | Sous-Total | 5 300,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 250,00 | 250,00 |
| | | | Sous-Total | 250,00 |
| Total Clinique | | | | 5 550,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 5 550,00

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

payé par
Cherif
Awbi
633033

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

| | | |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Nom patient : CHAFIK MOUNIRA | N° Facture 8 299 | 220819214647NA-003 |
|------------------------------|------------------|--------------------|

| Produit | Quantité | Prix Unitaire | Montant |
|------------------------------------|----------|---------------|---------|
| ESOPRA 40MG INJECTA (01) | 1 | 27,40 | 27,40 |
| FORTTRANS 64g Sachet (04) | 4 | 35,55 | 142,20 |
| RECTOLAX AD gel (06) | 4 | 13,25 | 53,00 |
| SERUM SALE 0.9% 500ml Injecta (01) | 1 | 20,00 | 20,00 |
| SPASFON 40mg Injecta (06) | 4 | 4,35 | 17,40 |
| Total pharmacie | | | 260,00 |

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel.: 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° : 8299 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient **CHAFIK MOUNIRA**
PAYANTS

Entrée 12/09/2023
Sortie 13/09/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| -CHAMBRE SUPERIEURE | 1,00 | | 1 300,00 | 1 300,00 |
| FIBROSCOPIE+COLONOSCOPIE | 1,00 | | 4 000,00 | 4 000,00 |
| | | | Sous-Total | 5 300,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 250,00 | 250,00 |
| | | | Sous-Total | 250,00 |
| Total Clinique | | | | 5 550,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 5 550,00

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

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

13/09/2023

Professeur Driss Jamil
البروفيسور إدريس جميل

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

MME CHAFIK MOUNIRA
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

ILEO-COLOSCOPIE

- Nom & Prénom du patient : Mme CHAFIK MOUNIRA
- Anesthésie sous sedation Dr REDOUAN/Dr OMARI, désinfection des endoscopes selon les dernières recommandations des sociétés savantes (SFED, SMMAD). Matériel d'endoscopie à usage unique.
- Opérateur (s): PR JAMIL
- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Douleurs abdominales/Troubles du transit**

COMPTE RENDU

TYPE DE PREPARATION : Fortrans, Boston, moyenne (2-2-2)

ILEO-COLOSCOPIE :

Progression jusqu'au bas fond caecale sans cathétérisme de la DAI sur une muqueuse de préparation moyenne.

L'exploration endoscopique objective:

Une valvule iléo-caecale d'aspect normal.

Aspect congestif de la muqueuse colique

Le reste de la muqueuse recto-colique est d'aspect normal ainsi que le calibre des différents segments (Biopsies coliques étagées).

Au retrait, on visualise des hémorroïdes sus pectinées, congestives et non thrombosées.

CONCLUSION : Coloscopie normale ; Par ailleurs, hémorroïdes sus pectinées congestives.

Pr Driss JAMIL



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

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 / Tél.: 05.22.94.63.63 / الفاكس : 05.22.39.62.62

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

13/09/2023

MME CHAFIK MOUNIRA

FI BROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

- Nom & Prénom du patient : Mme CHAFIK MOUNIRA
- 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/RGO**

Examen

Oesophage

Normal sur toute sa hauteur

Hernie hiatale de 5 cm

Estomac

Lac muqueux clair abondant.

Muqueuse fundique érythémateuse (Biopsies).

Muqueuse antrale congestive aspect en "rayon de roue". (Biopsies).

Retrovision : même aspect sus- décrit.

Pylore : perméable et régulier facilement franchi.

Bulbe: Bulbite érythémateuse.

Duodénum post-bulbaire: Muqueuse d'aspect normal.

Conclusion

Aspect de gastrite fundique érythémateuse.

Aspect de gastrite antrale congestive.

Bulbite érythémateuse.

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

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 / 05.22.94.63.63 Tél.: 05.22.39.62.62 : الفاكس Fax: 05.22.39.62.62



مركز العملات

ACHAT

13/09/23

15:07:38

9900491474

999147/01

CLINIQUE GHANDI S

Casablanca

A00000000031010

*****0400

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT :

250,00 MAD

Num Transaction

: 014

Num Autorisation

: 516915

STAN

: 002926

TICKET CLIENT