

# 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19-0005417

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3171 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELCHOUAT A. HANAN Date de naissance : 31/05/1956  
 Adresse : OPP. DU DABTI INF N°1 MASIRAZ MKECH  
 Tél. : 066053579 Total des frais engagés : 830,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

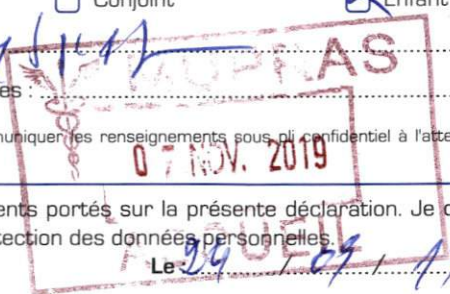


Date de consultation : 24/1/2019  
 Nom et prénom du malade : BELCHOUAT A. HANAN Age : 49  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : SD oblique  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Marrakech Le : 29/01/19  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
24 SEP 2019	CSA CCAW		4100DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur	Date	Montant de la Facture
	24/9/19	430,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

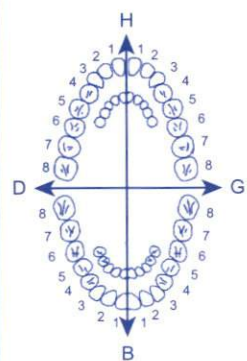
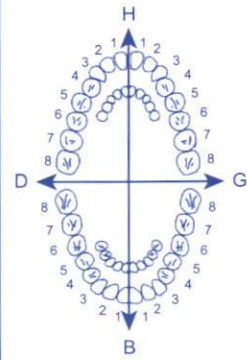
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

# مركز جليز للأمراض الجهاز الهضمي CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr. Saïd EL JASTIMI

Pr. A. en Hépatogastro-Entérologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Marrakech  
Ex Médecin des Hôpitaux Militaires de Rabat et Marrakech



الدكتور سعيد الجستيمي

أستاذ م. في أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ م. سابق بكلية الطب و الصيدلة بمراكش

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالرباط و مراكش

أمراض المرئ، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب و جراحة الشرج • الفحص التشخيصي والعلاجي بالمنظار • الفحص التشخيصي والعلاجي بالصدى • القياس الحمضي للمرئ  
Maladies de l'Œsophage, de l'Estomac, de l'Intestin et du Foie • Proctologie Médicale et Chirurgicale • Endoscopie Digestive Diagnostique et Thérapeutique • Echographie Diagnostique et Thérapeutique • pH-métrie Œsophagienne

Dr. BELCHOUAT  
NATHAN

2019/09/24

113.70

① Roucaphes 250  
1100

② Anti-Ges 500  
300

③ Pro-diflu 500  
1000

④ Augmentin 1000  
138.30



شقة رقم 2 - عمارة النخيل أ - شارع يقاب المصور - جليز - 40000 - مراكش - Gueliz - 40000 - Marrakech - Av. Yacoub El Mansour - Nakhil A - App. A2 - 1m

الهاتف : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - الفاكس : 08 08 37 98 27 - البريد الإلكتروني : Gueliz.Gastro@gmail.com - Dr.EljastimiGastro@gmail.com

الهاتف : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 - الفاكس : 08 08 37 98 27 - البريد الإلكتروني : Gueliz.Gastro@gmail.com - Dr.EljastimiGastro@gmail.com



عيادة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي  
**CABINET D'HÉPATO GASTRO ENTÉROLOGIE**

الدكتور سعيد الجستيمي

Dr. Saïd EL JASTIMI

أستاذ م. في أمراض الجهاز الهضمي

Pr. A. En Hépatogastro Entérologie



الدكتور محمد أ. اليماني

Dr. Mohamed L. EL YAMANI

احصائي في أمراض الجهاز الهضمي

Spécialiste en Hépatogastro Entérologie

أمراض المريء، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب وجراحة الشرج • الفحص التشخيصي والعلاجي بالمنظار • الفحص التشخيصي والعلاجي بالصدى • القياس الحمضي للمريء  
Maladies de l'Esophage, de l'Estomac, de l'Intestin et du Foie • Proctologie Médicale et Chirurgicale • Endoscopie Digestive Diagnostique et Thérapeutique • Echographie Diagnostique et Thérapeutique • pH-métrie

PATENTE : 45025104 - CNSS : 9763039 - I.F : 14472838 - ICE : 001684175000002

**DATE : 24/09/2019**

**FACTURE**

Je soussigné atteste par la présente que Madame

**BELGHOUAT MARIEM** A payé 400 dirhams (quatre

cent dirhams ) en guise d'honoraires du centre

**Gueliz de Gastro-entérologie** relatifs à une

consultation et echographie .

**FAIT PAR : Dr S.EL JASTIMI**

Dr. Saïd EL JASTIMI  
Pr. A. En Hépatogastro Entérologie  
Appt. A2 Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech  
Tél : 05 24 421 221 / 05 24 434 322 - Fax : 08 08 37 98 27

# مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي

## CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Dr. Saïd EL JASTIMI

Pr. A. en Hépatogastroentérologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Marrakech  
Ex Médecin des Hôpitaux Militaires de Rabat et Marrakech



الدكتور سعيد الجستيمي

أستاذ م. في أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ م. سابق بكلية الطب و الصيدلة بمراكش

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالرباط ومراكش

أمراض المرئ، المعدة، الأمعاء، والكبد • طب و جراحة الشرج • الفحص التشخيصي والعلاجي بالمنظار • الفحص التشخيصي والعلاجي بالصدى • القياس الحمضي للمرئ  
Maladies de l'Œsophage, de l'Estomac, de l'Intestin et du Foie • Proctologie Médicale et Chirurgicale • Endoscopie Digestive Diagnostique et Thérapeutique • Echographie Diagnostique et Thérapeutique • pH-métrie Œsophagienne



101104644

Le 24/09/2019

**M<sup>elle</sup> BELGHOUAT MARIEM**

### Echographie Abdominale

**CLINIQUE :** Douleur abdominale diffuse.

**ECHOGRAPHE :** MINDRAY D50

#### COMPTE-RENDU :

- **Le foie :** mesure environ 12cm sur la ligne mamelonnaire à contours réguliers et d'échostructure homogène.
- **Les veines sus-hépatiques :** de calibre normal, perméables.
- **Le tronc porte :** mesure 9 mm, il est perméable.
- **La vésicule biliaire :** à paroi fine alithiasique.
- **Les voies biliaires intra-hépatiques :** ne sont pas dilatées.
- **La voie biliaire principale :** explorée sur toute sa longueur, elle est libre et mesure 3 mm.
- **Les reins droit et gauche :** de taille normale avec bonne différenciation cortico-médullaire.
- **Le pancréas :** vu en partie homogène.
- **La rate :** mesure environ 10 cm de grand axe et d'échostructure homogène.
- **Les épanchements :** pas d'épanchement abdominal vu ce jour.
- **Les adénopathies profondes :** l'exploration des axes vasculaires (tronc cœliaque/artère mésentérique supérieure) ne retrouve pas d'adénopathies profondes.

#### CONCLUSION :

Echographie abdominale sans anomalies décelables ce jour.

Dr. S. EL JASTIMI





**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

**FEN** apporte 7 souches de bactéries bénéfiques (qui aident à rétablir l'équilibre de la microflore intestinale).  
Ingrédients : oligosaccharides 990 mg/sachet.  
Pos. : voir la liste détaillée.

**Souches probiotiques**

Lactobacillus casei PXXN® 37TM
Lactobacillus thymosus PXXN® 54TM
Streptococcus thermophilus PXXN® 66TM
Bifidobacterium breve PXXN® 25TM
Lactobacillus acidophilus PXXN® 35TM
Bifidobacterium infantis PXXN® 27TM
Lactobacillus bulgaricus PXXN® 39TM

POIDS NET pour 10 sachets : 10,0 g

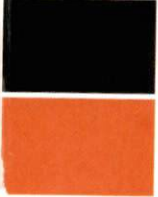
Mode d'emploi :  
Journalière recommandée: prendre un sachet par jour  
avant ou après les repas. Dissoudre le contenu du sachet  
dans l'eau, du lait ou du jus.

Contenants :  
Le produit contient des traces de soja et de dérivés lactés.  
Le produit contient des traces de lait qui n'affectent pas les  
personnes intolérantes au lactose.  
Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.  
Le produit ne doit pas être utilisé comme substitut d'une alimentation  
et équilibrée et un mode de vie sain.  
Le produit doit être conservé dans un endroit frais et sec, loin de la lumière  
du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.  
Ne pas utiliser le produit hors de la portée des enfants.

Le produit alimentaire n'est pas un médicament.  
La marque déposée de Probiotics International Limited (Prophen)  
est réservée.

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 109920  
Date de Fab : 01.2019  
Date de Pér : 01.2021  
PPC : 99 Dhs



**CARBOSORB®**

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles de fenouil

**Favorise l'élimination  
des gaz intestinaux**

Lot: 190293  
À consommer de  
préférence avant le: 05/2024  
PPC: 79,50 DH

**30 comprimés**  
Voie orale

**MEDIPRO**  
PHARMA



**32** Comprimés = 16 Prises

500mg/62,5mg  
Comprimé

**ADULTE**

**AUGMENTIN®**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN®** 500mg/62,5mg Comprimé  
1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent  
être avalés de préférence au début des repas.

PPV: 138,30 DH  
LOT: 579163  
PER: 02/20

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



20 mg

28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale

#### Composition:

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas 25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

#### التركيبية:

رابيرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل فرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.