

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 00447 Société : R.A.M.

Actif.  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MARASSI Ahmed

Date de naissance : 07-01-1943

Adresse : Résidence el suram I on 12 Apt 7 el ouedfa

B1 ouem Rabia caser

Tél. : 06 61 20 83 36 Total des frais engagés : 9678,31 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/9/2024

Nom et prénom du malade : MARASSI Ri. A. Idrissi Age : 65ans

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 : Casa Le : 16/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE 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
16/2/2024	C3	300 DH	30000	1
04/03/24	A	800 DH	80000	INP: 091080028

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE	24/03/24	216,80 DH

INPE 092030949

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 092030949	27/02/24	B1.500	1661,51

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	G

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroentérologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في ..... 04/03/2024

MME NASSIRI EP MARNISSI AICHA

• Piascledine 300 mg - gélule

1 Gélule, soir, au milieu du repas, pendant 1 mois

188,00

• Vitanevril fort - comprimé dragéié

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 10 jours

28,80

216,80

البروفيسور إدريس جميل  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
201، شارع أنفا - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

صيدلية حي الونام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31  
Tél: 05 22 92 00 10

**Professeur Driss Jamil**

*Hepatologie & Gastroenterologie*

**البروفيسور دايس جمیل**

**أمراض الكبد والجهاز الهضمي**

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في .....  
26/02/2024

**MME NASSIRI EP MARNISSI AICHA**

• BilAN

- CA 19-9
- ACE
- CA 125
- CA 15-3
- ~~GGT~~ / PAL



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

Laboratoire **GENELAB "Oum Rabii"**

**270224-076**



JASSIRI AICHA EP MARNISSI

D.N : **29/06/1958**

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"**

**Docteur Mohamed BENAZZOUZ**

**Pharmacien Biogiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,  
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE\_bio : 097163968 - INPE\_lab : 093001394- IF : 51485800

**FACTURE**

Casablanca , le 28/02/2024

**Facture N° 270224-076 du 27/02/2024**

**MUPRAS**

**Dr : JAMIL DRISS**

N°Bon de soin Mle

**Patient :Mme NASSIRI AICHA EP MARNISSI**

<b>Analyses</b>	<b>Valeur en B</b>	<b>Montant</b>
PHOSPHATASES ALCALINES	50	55,00
ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire	250	275,00
Antigène CA125	400	440,00
Antigène CA15-3	400	440,00
Antigène CA19-9	400	440,00
<b>Total B</b>	<b>1500</b>	<b>1 650,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>11,51</b>
<b>Total</b>		<b>1 661,51</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**Mille six cent soixante-et-un dirhams 51 centimes\*\*\***

Patente : 35051078  
Mobile : 0661763068  
Fax : 0522931061  
Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca  
Dr. BENAZZOUZ  
Oum Rabiaâ  
Génératrice  
Signature

# CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

## عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil  
البروفيسور د. دريس جمیل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Docteur Zineb Jamil  
الدكتورة زينب جمیل

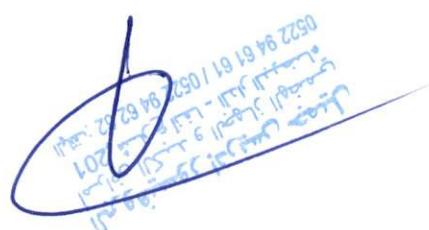
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

LE 26/02/2024

FACTURE N 12230

MME NASSIRI EP MARNISSI AICHA

Actes	Montant
ECHOGRAPHIE	500 DH
CONSULTATION	300DH
<b>TOTAL</b>	<b>800 DH</b>



Assistantes : 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<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

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

# CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

## عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil  
البروفيسور د. دريس جميل

Dacteur Zineb Jamil  
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

26/02/2024

MME NASSIRI EP MARNISSI AICHA

## Echographie Abdominale

### Indication

Perturbation du bilan hépatique

### Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers ,

Veine porte de calibre normal. Veines sus-hépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.,

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Rate de taille limite 11,8cm

### Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

Professeur Driss JAMIL  
Médecin des Maladies du Foie  
et de l'Appareil Digestif  
201, Bd d'Anfa - Casablanca  
Tél: 05.22.94.61.62 / 05.22.94.61.65

Assistantes : 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<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

الهاتف: 05.22.39.62.62 |Fax: 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61 |الfax: 05.22.94.61.61

