

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 canalaire, 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 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.

N° M21- 068842

Optique *187625* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5509* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *ENNAHIR AZZEDDINE*

Date de naissance : *13.12.1962*

Adresse : *HABITUELLE*

Tél. : *0662491781* Total des frais engagés : *500* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Keltoum MAAZOUZ
Gastroentérologue
Tél 05 22 99 47 30
09.11.66.777

Date de consultation : *14.12.2023*

Nom et prénom du malade : *Enn* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Constipation*

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) :



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
14.12.2023	Consultation		500.000	Dr. Keltoum MAALOUFI Gastroentérologue tél 0522 99 47 30 INPE / 09.11.66.777
2023	Echo		100.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

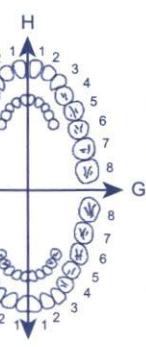
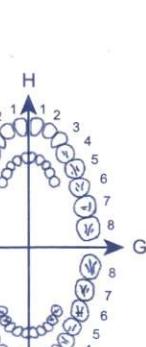
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ B \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} \begin{array}{r} G \quad 00000000 \quad 00000000 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Keltoum MAAZOUZ
Ep. Mamou

Spécialiste en Gastroentérologie
Hépatologie et Cancérologie digestive
Ancienne Chef de Clinique et Praticien
Hôpitalier des CHU de Bordeaux

الدكتورة كلثوم معزوز

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
خربيجة كلية الطب ببوردو
طبيبة سابقاً بمستشفيات بوردو (فرنسا)

Casablanca, le : 14.12.23 البيضاء، في :

Mr. Ennahin Aggadine

- Consultations 250,00 Dhs

- Echographie 250,00 Dhs

Dr. Keltoum MAAZOUZ
Gastroentérologue
Tél. 05 22 99 47 30
Fax : 09.11.66.777
M.P.E

05 22 99 47 30 - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 134، شارع بتر أنزاران، زاوية زنقة أحمد الجري، إقامة آية الطيب الأول رقم 3
134, Bd. bir Anzarane, angle Rue Ahmed El Jourani, Rés. Aya, 1er étage, N°3 - Mâarif - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouzk@yahoo.fr

Dr Keltoum MAAZOUZ

134 BD bir ANZARANE angle AHMED EL
JOUMARI RES AYA 1 er etage N 3
MAARIF CASABLANCA
Téléphone: 0522994730
Fax:
Site internet:



Nom: *Ennahia Agelline*
ID:20231214-171050-7292
Sexe:Incon.

ABD
Date examen: 14/12/2023
Equipementt utilisé: DP-7
Opérateur: Emergency

Abdomen Ultrasound Report

Image ultrason



Annotation:
FOIE DE TAILLE ET DE VOLUME NORMAL

CONTOURS REGULIERS HOMOGENE

VB ALITHIASIQUE

VBII ET VBEII NON DILATEES

REINS NORMAUX NON DILATES

RATE NORMALE

STASE GASTRIQUE SANS EPAISSISSEMENT DIGESTIF

PAS DASCITE PAS DE GANGLIONS

PROSTATE ET VESSIE NORMALES

PAS DEPAISSEMENT DIGESTIF

RATE NORMALE

Signature . (sceau):

Dr. Keltoum MAAZOUZ
Gastroentérologue
Tel: 05.22.99.47.30
INPE / 09.11.66.779

Date sign.: *14.12.2023*