

## 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

N° M21- 068842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

187625

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5509 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNAHIR AZZEDINE

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  
Tél 09 11 66 77 77

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.

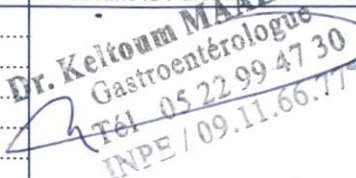
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
14.12.2023	C2+		500.00	
	Echo			

# 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

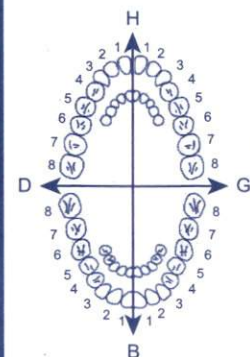
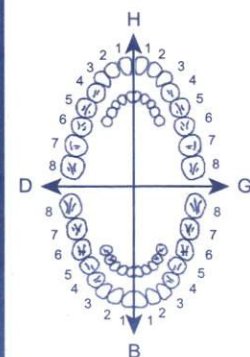
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'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

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
خريجة كلية الطب ببوردو  
طبيبة سابقا بمستشفيات بوردو (فرنسا)

البيضاء، في : 14 12 2023  
Casablanca, le :

Mr. Ennahin Aggessine

- Consultations 250,00 Dhs

- Echographie 250,00 Dhs

Dr. Keltoum MAAZOUZ  
Gastroentérologue  
Tél 05 22 99 47 30  
09.11.66.779

134, شارع بئر أنزران، زاوية زنقة أحمد الجمري، إقامة أية، الطابق الأول، رقم 3 - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22 99 47 30

134, Bd. bir Anzarane, angle Rue Ahmed El Joumari, Rés. Aya, 1er étage, N°3 - Mâarif - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouz.k@yahoo.fr



# Dr Keltoum MAAZOUZ

134 BD bir ANZARANE angle AHMED EL  
JOURMARI 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

VBIH ET VBEH NON DILATEES

REINS NORMAUX NON DILATES

RATE NORMALE

STASE GASTRIQUE SANS EPAISSISSEMENT DIGESTIF

PAS DASCITE PAS DE GANGLIONS

PROSTATE ET VIESSIE NORMALES

PAS DEPAISSISSEMENT DIGESTIF

RATE NORMALE

Signature . (sceau):

*Dr. Keltoum MAAZOUZ*  
Gastroentérologue  
TEL 05 22 99 47 30  
INPE / 09.11.66 777

Date sign.:

*14.12.2023*