

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 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° P19- 0020902**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUZ FAOU Abderrahmane Date de naissance : 01. 01. 1946

Adresse : 11 Blvd Bin Abdallah RESIDENCE 1 ALLA BEN ABDALLAH CASABLANCA

Tél. : 0663727237 Total des frais engagés : 46000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2013

Nom et prénom du malade : Zahra f. Pol. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : douleur de l'é. FI droite

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 04-12-2019

Le : 04/12/2019

MUPRAS  
ACCUEIL

MUPRAS

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29-11<br>2013   | C34<br>Echo       |                       | 400,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DÉBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN<br>D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

**(Création, remont, adjonction)**  
actionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU**

# 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: *Pakhan filali Abatchou*  
ID: 20191129152534-7292  
Sexe: Incon.

ABD  
Date examen: 29/11/2019  
Equipementt utilisé: DP-7  
Opérateur: Emergency

## Abdomen Ultrasound Report

Annotation:

FOIE DE TAILLE NORMALE

STEATOSE HEPATIQUE

CONTOURS REGULIERS HOMOGENE

LIT VESICULAIRE SAIN

VBIH ET VBEH NON DILATEES

REINS DETAILLE NORMALE LE GAUCHE ETANT SIEGE DUN KYSTE LIQUIDIEN DE 5 CM

STASE GASTRIQUE SANS EPAISSISSEMENT DIGESTIF

VESSIE ET PROSTATE NORMALES

RATE NORMALE

PAS DASCITE PAS DE GAN GLIONS

PAS DEPAISSISSEMENT DIGESTIF

Signature . (sceau): *Dr. Maâzouz Keltoum*  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Casablanca

Date sign.: *23-11-2013*

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  
خريجة كلية الطب ببوردو  
طبيبة سابقاً بمستشفيات بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 29/11/2018 : البيضاء، في

Lahla Adenahme

① Otrivinod 1fl

1 gel x 3 fl

Nou acheté  
déjà en ma  
possession

② Normix 2fl

1 fl x 2 fl

Dr. Maâzouz Keltoum  
Spécialiste en Gastroentérologie  
134, Bd. bir Anzarane, angle Rue Ahmed El Joumari, Rés. Aya, 1er étage, N°3 - Maarif - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouzk@yahoo.fr

134، شارع بير أنزاران، زاوية زنقة أحمد الجمرى، إقامة آية، 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 - Maarif - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 99 47 30 - E-mail : maazouzk@yahoo.fr

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  
خريجة كلية الطب ببوردو  
طبيبة سابقاً بمستشفيات بوردو (فرنسا)

Casablanca, le : ..... 29 / 11 / 2018 ..... البيضاء، في :

NOTE D'HONORAIRES

Zahrou fi-Pali Abdessahmaine

- Consultation 200,- Dh,

- Echographie 200,- Dh

Dr. Maâzouz Keltoum  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed El Joumari  
1er étage, Appt. N°3 - Mâarif  
Tél./Fax : 05 22 99 47 30

134، شارع بئر أنزاران، زاوية زنقة أحمد الجفري، إقامة باب 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 : maazouzk@yahoo.fr

