

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.

Biologie 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.

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.

Prothèse :

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

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° P19- 0043007/11698.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1698 Société : RHM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : BELGHITI Mohamed
Date de naissance : 01-07-1957
Adresse : 107 AP Adarissa n° 135 Sidi Raarouf
Tél : 06 14 432 520 Total des frais engagés : 1090,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 07/08/2022
Nom et prénom du malade : ZEROUK Kenza Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer Mère
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 : 07/08/2022

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
07/02/22		5	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/2022	590,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/02/22	R x 2 genoux (F.)	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

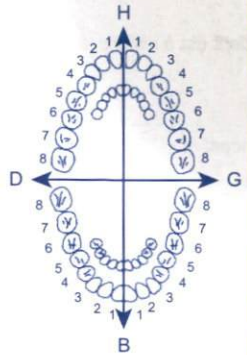
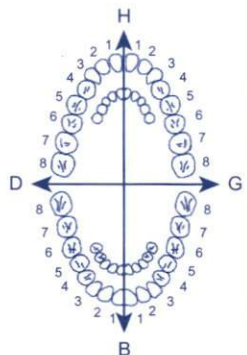
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EX

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os, articulations
et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :
- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

Casablanca le : 07/02/2022

Nom : Mme ZEROUK Kenza

86.40

DOLICOX 90MG

1 Comprimé le soir après le repas pendar

13.20

CETAMYL 1000MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après
le repas pendant 7 jours

115.00

BIOFREEZE GEL

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

188.00

PIASCLEDINE GELULE 300 MG Boite de 30

1 Gélule le midi au cours du repas pendant 2 mois

PPV: 86DH40
PER: 11/24
LOT: K3171-3



PPV 188.00 DH

PPV 188.00 DH

صيدلية ابن نعيم
PHARMACIE Ibn NAIM
FOULOUS
Docteur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maarouf
Tél: 0522 33 52 25 Casablanca

الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 58 19 56 02 42 34 82

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com



**CABINET DE RHUMATOLOGIE
DR BOUTAYNA EL AZIFI**

A CASABLANCA LE : 07/02/2022

Compte rendu de radiographie

PATIENT : Mme ZEROUK Kenza

Radiographie des genoux de face

- Pincement femoro-tibial interne stade II a gauche
- Mineralisation osseuse normale

الدكتورة بوشينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maaref - Casablanca
Tél.: +5 22 68 19 56 06 02 42 34 52



**CABINET DE RHUMATOLOGIE
DR BOUTAYNA EL AZIFI**

A CASABLANCA LE : 07/02/2022

PATIENT : Mme ZEROUK Kenza

NOTE D'HONORAIRE

Radiographie des genoux de face

**Arrêtée la présente facture a la somme de : 200DH
(Deux cent dirhams)**

Bd Abou Bakr El Kadiri, residence Naim, Immeuble 4, Appt 6, Sidi Maarouf – Casablanca
Tel: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

الدكتورة بشتية العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52