

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

- 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.

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- 066832

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07791 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHATOVANI MAHJOUBA

Date de naissance : 01/07/1949

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : CHATOVANI MAHJOUBA Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RHUMATISME

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05/10/2023	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier Casablanca - Tél : 0522 25 32 05 pharmacie@rouvre@gmail.com	05/10/23	615,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/10/2023	7/30		400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

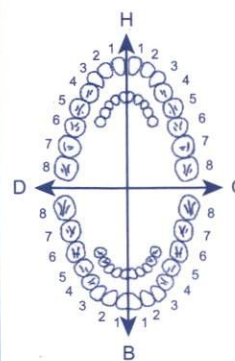
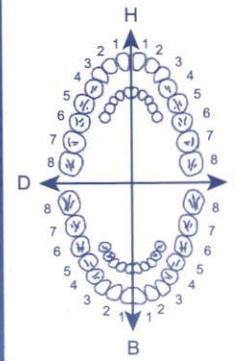
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين الماروفي

خريج كلية الطب بمصر

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....05/10/2023.....

CHATOUANI MAHJOUBA

396,00

• duoflex b 60 - Gélule

1 gel par jour au milieu du repas de midi X 2 mois

198,00

• Nociceptol

1 appl 3 fois par jour

21,20

• dolostop 1 g cp simple

1 cp par jour le matin (2 btes de 16)



10.60 x 2

615,20

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Pharmacie du Louvre
صيدلية اللوفر
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 45 32 05
pharmacie.dulouvre@gmail.com

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

Poids net: 48 g.

230001
01/2026

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA
Direction Marketing et commerciale TANGER
Tél: 0639-94-41-51
email: pegasuspharma@outlook.com

Lot et Consommer de préférence avant la fin de (mois/année):
Voir emballage.

Titulaire & Exploitant / Fabricateur
PEGASUS PHARMA SL / R.N.P
ESPAGNE / Monte perdgiuro, 90

Complément Alimentaire. Ce n'est pas un médicament.

CE N : DA20201507176DMP/20UCA/MAV3

DUOFLEX 60 GELULES

LOT : 230001

PER : 01/2026

PRIX : 396 DH

LOT

PVC: 198.00DH



C247
2025-11

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV: 2021/11/D

Douleurs et fièvre

Adulte

8

comprimés
ale

LOT : 2162
PER : 02 - 26
P.P.V : 10 DH 60

PHARMAY5

1000mg

Dolostop

8
 comprimés
Voie orale

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 3179
PER : 03 - 26
P.P.V:10 DH 60

Paracétamol

Dolostop®

1000 mg

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....05/10/2023.....

CHATOUANI MAHJOUBA

Faire :

Radiographie:

- Genou droit : Face en charge/schuss/profil/i.axiale 30° et 60°

fait le : 05/10/2023

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29 67

fait le

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél: 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29 67

Dr. Salah Eddine Maaroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....05/10/2023.....

Facture

CHATOUANI MAHJOUBA

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Radiographies	400,00 Dh
Total	700,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
sept cents dirham(s)

CHAT

Acte

Consultation

Radiographies

Total

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
124 Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE

RHUMATOLOGUE

Diplôme de la faculté de Médecine

De Marseille

124, BD de la liberté Casablanca

Tel : 0522 30 91 54 / 0808530958

Casablanca Le 05 / 10 / 2023

Non Prénom :

Mme CHATOUBANI MAHJOUBA

Signes cliniques :

- Gonalgie gauche mécanique .
- Leger flossum .

Bilan radiographique pratiqué :

- Genou droit : Face en charge , Schuss , Profil , Incidence axiale 30° et 60°

Compte Rendu :

- Arthrose femoro-tibiale interne et femoro-patellaire évoluée .
- Bonne congruence rotulienne .
- Absence de signe de dysplasie femoro-patellaire .
- Pas de calcification intra et periarticulaire .

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté Casablanca
Tel : 05 42 30 91 54 - 08 22 54 29