

## 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A. 7 190605  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Abdelloui Hamdoun  
Date de naissance : 1953  
Adresse :  
Tél : 0662 80571 Total des frais engagés : 591,10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 29/12/23  
Nom et prénom du malade : Abdelloui Hamdoun Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Tumeur Ce  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 Le : 2/1/2024  
Signature de l'adhérent(e) : 

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



# 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
29/12/23	8		3000	Docteur Boutynga RHUMATOLOGUE Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 06 22 58 19 55/06 92 42 34 52

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
ARMACIE L'ORCHIDEE Angle Boulevard Grand & Angle Route d'Azémour 21 500 CASABLANCA Tél: 05 22 36 66	29/12/23	91.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Boutynga RHUMATOLOGUE Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 06 22 58 19 55/06 92 42 34 52	29/12/23	La selon ce	2000

# 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 canalaires, 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

# 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

29/12/2023

Casablanca le : .....

Nom : **Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE**

LOT : 231114  
EXP : 07/2026  
PPV : 76,60DH

**ARIXIB 90 MG**

1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

**ANDOL 1000 MG**

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



EXP :  
LOT N°:

**PHARMACIE L'ORCHIDEE**  
Angle Boulevard Ghandi &  
Angle Route d'Azemmour  
21 500 CASABLANCA  
Tél : 05.22.36.66

الدكتورة بثينة العزيفي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 58 19 56 / 06 46 01 77 93

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 - 06 46 01 77 93 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com





## **CABINET DE RHUMATOLOGIE DR BOUTAYNA EL AZIFI**

A CASABLANCA LE 29/12/2023

### **Compte rendu de radiographie**

**PATIENT : Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE**

#### **Radiographie du talon gauche**

- Respect des interlignes articulaires
- Epine calcaneenne
- Mineralisation osseuse normale

الطبيبة بؤتينا العزيفي  
Docteur Boutayna El Azifi  
RHUMATOLOGIE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél.: 65 22 58 19 56/06 02 42 34 52





**CABINET DE RHUMATOLOGIE  
DR BOUTAYNA EL AZIFI**

**A CASABLANCA LE 29/12/2023**

**PATIENT : Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE**

**NOTE D'HONORAIRE**

**Radiographie du talon gauche**

**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

الشكسورة بقتينة العزيزي  
Docteur Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel.: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52