

# 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° P19-0027908 *Dérogation*

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

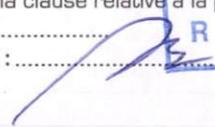
## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5538 Société : MD 195182  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : EX-AGENT  
 Nom & Prénom : NEBBATS ZAHIR  
 Date de naissance : 01-01-1966  
 Adresse : LSMANFA AL MAGHREB AL JADID  
LOT 16 APPT 2 CASABLANCA  
 Tél. : 0661571647 Total des frais engagés : 589.20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 08/02/2024  
 Nom et prénom du malade : Mme Nebbat Rihab Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Ra Bistie Rhumatisme  
 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 08/02/24  
 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
08.02.24		C G		

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	589,70

**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
		AM	PC	IM	IV	
	11/02/24		Semelle sur mesure			7600

**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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
B																				
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

## Cabinet de Rhumatologie

Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vertébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



عيادة أمراض العظام  
والمفاصل والروماتيزم

د. الجوهري لمياء

- أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و العمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بمصلحة أمراض العظام و المفاصل بمستشفى ابن رشد

## ORDONNANCE

Casablanca le : 08 09 2024

Rue Nebbate Riab

Faire sup 3

- Bilan podoscopique 3 pieds ple  
triangulaires

- Semelles orthopédiques autogél

**B D M Pharma**  
14, RUE DITTA  
Casablanca - Anfa  
0522472009 / 0522207895

Dr. JAWHARI Lamiae  
Rhumatologue  
548 lot haj fatah, bd oued daoura, appt 9  
casablanca  
INPE: 052242424 - Tél: 05 22 69 40 05

548, الحاج فاتح. شارع واد الدورة. شقة 9 بالمصعد. الألفة الحي الحسني - الدار البيضاء  
548, lot haj fatah, bd oued daoura, appt 9 avec ascenseur.oufha hay hassani - casablanca

Tél : 05 22 69 40 05 / Email : Lamiaejawhari@hotmail.com

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PPV LOT PER

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PPV LOT PER

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PPV LOT PER

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PPV LOT PER

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PPV LOT PER

50,60

PER LOT PPV

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PER LOT PPV

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PER LOT PPV

50,60

PRINCI-B FORT  
30 comprimés entrobés

6 118000 180234

PER LOT PPV

50,60

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

Maphtar  
Bd Alklima N. 6. q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH  
6 118001 185030

DR. JAWHARI Lamia  
Rhumetologue, Appt 09  
548 Bd. Hefi Fiam, Bd Oud Laouara, Casablanca  
Tél: 06 48 64 03 83  
06 7267 4267

PPV LOT PER

50,60

pour faire les 03...

79,50

3/ Duorelx & Co

part

12 ans

18fx 012

11/20

7-58970

# Cabinet de Rhumatologie

Dr JAWHARI LAMIAE

- Spécialiste des Maladies des os, des Articulations et de la Colonne Vertébrale
- Rhumatismes Inflammatoires (Paris)
- Ostéoporose
- Echographie Ostéo-articulaire
- Biothérapies
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie au CHU Ibn Rochd



عيادة أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم

د. الجوهري لمياء

- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل و العمود الفقري
- أمراض الروماتيزم (باريس)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بمصلحة أمراض العظام والمفاصل بمستشفى ابن رشد

## ORDONNANCE

Casablanca le : 08 09 2026

LOT: CA370  
EXP: 10/26  
PPC: 79.50DH

Mme Nebbate Riha



50.60x7

1/ Princep B-fer

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe Pharmacie 154 N° 23/25  
El Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
Fax : 000505246000026

1 sp x 3/jr

(01 jour)

19.50x8



puis

18

DR JAWHARI Lamiae  
Rhumatologue  
18 Lot-haj Fatah, bd Oued daoura Casablanca  
Unité Rhumatologie  
Tél : 05 22 89 09 63

2/ Uvedose

100 000 UI 3

1 amp hors des 15 jours  
pbt 02 jours

548, lot haj fatah, bd oued daoura, appt 9 avec ascenseur.ouffa hay hassani - casablanca  
Tél : 05 22 69 40 05 / Email : Lamiaejawhari@hotmail.com

# FOOTCARE Orthopedie Sur Mesure

Zone industrielle sidi maarouf lot Soukaina 2 N 38 - Casablanca  
Téléphone: 05 22 26 12 90 /// 05 22 47 26 09 /// Réclamation: 0663848486  
eMail: contact@orthopediesurmesure.ma - Web: http://www.orthopediesurmesure.ma//

**PATIENT: RIHAB NEBBATE**

**ADRESSE:** LISSASFA LOT AL MAGHREB AL JADID N 16, - ETG 01 CASA -

**DATE DE NAISSANCE:** 24/08/2002 (22 Age) **POIDS:** **HAUTEUR:**

**PROFESSION:** **MÉDECIN:** DR JAWHARI LAMIAE

**TÉLÉPHONE:** 06 09 63 73 28

**T°PORTABLE:**

**TAILLE DES CHAUSSURES:** 42.5

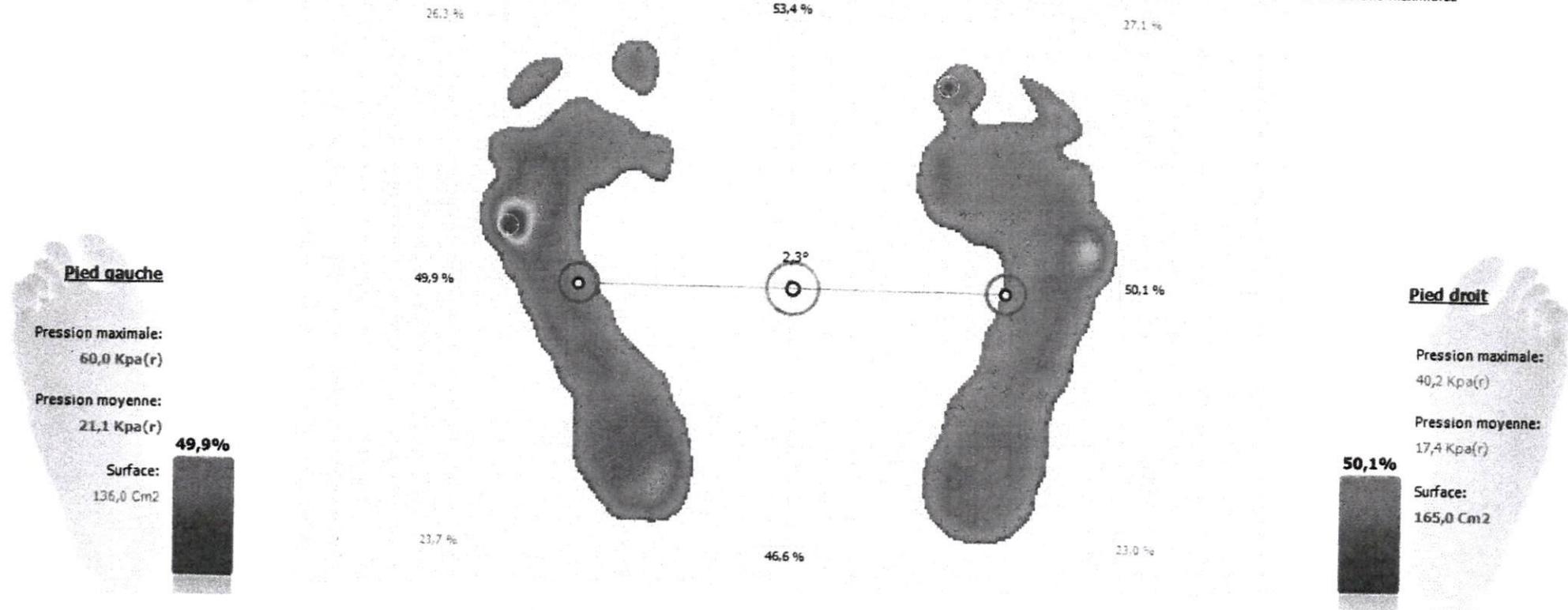
**PATHOLOGIE:** pp valgus

**EMAIL:**

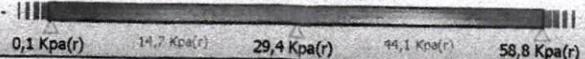
## Analyse statique

Pressions moyennes

Pressions maximales



Scala Colori Pressioni



Impression (DATE: mercredi 14 février 2024 HEURE: 11:27:00 ) Analyse (DATE: mercredi 14 février 2024 HEURE: 10:09:00 )

**FACTURE N° : 2024020140**

**RIHAB NEBBATE**

Casablanca le, 14/02/2024

**Code Client : 002365**

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Remise	Montant	Tva
<b>BL N° 2024020188 DU 14/02/2024</b>						
010297	FOOTCARE SEMELLES SUR MESURE REPARTITION PRESSION	1	700.00	0.00%	700.00	20.00%
011751	FOOTCARE MOUSSE ANTI CHOCK 3MM BLEUE	1	60.00	0.00%	60.00	20.00%
012393	FOOTCARE PLAQUE EVA	1				
012394	FOOTCARE MICROTEx SOFT PERFORÉ	1				

*BDM Pharma*  
11, Rue DiJla  
Casablanca - Anfa  
0522472609 / 0522207895

<b>633.33</b>	<b>20 %</b>	<b>126.67</b>

<b>TOTAL H.T.</b>	<b>633.33</b>
<b>TOTAL T.V.A.</b>	<b>126.67</b>
<b>DROIT DE TIMBRE</b>	<b>0.00</b>
<b>TOTAL T.T.C.</b>	<b>760.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**SEPT CENT SOIXANTE DH.**