

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.



202775
Déclaration de Maladie : N° S19-0048255

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11695 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

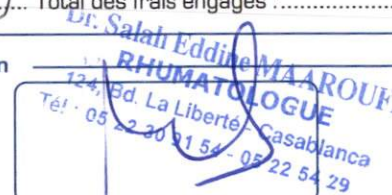
Nom & Prénom : SAOUD Jamal Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 80 96 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2024

Nom et prénom du malade : SAOUD JAMAL Age :

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

Nature de la maladie : RHEUMATISME

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 25/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
25/03/2024	h		300,00	<p>Dr. H. EL KAROU</p> <p>RHUMATOLOGUE</p> <p>174, Bd. La Liberté - Casablanca</p> <p>05 22 30 91 54 - 06 22 54 29</p>

Cachet et signature du Médecin attestant le Palèment des Aptes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/24	303,20

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

26103124

303.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Salah Eddine MAAROUFI RHUMATOLOGUE 4, Bd. La Liberté - Casablanca 05 22 30 91 54 - 05 22 54 23	25/03/2014	7 12	200,00

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

25/03/2024

7

200,00

[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

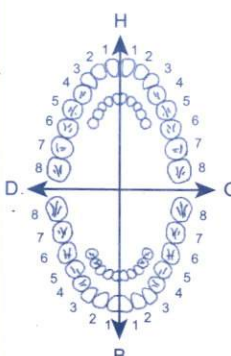
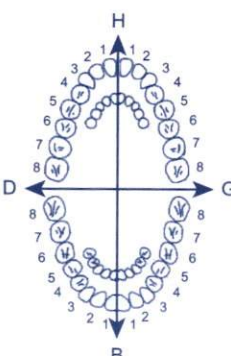
Montant détaillé
des Honoraires

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															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>												

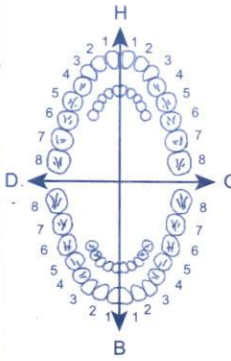
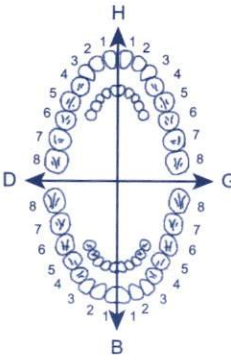
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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><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																			
		<p>(Création, remont, adjonction) 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

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 المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

مُلحق سابق بمستشفيات مونيولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....25/03/2024.....

MR SAOUD JAMAL

- 198,00
- **Nociceptol**
1 appl 3 fois par jour
 - **D-cure 25000 ui - ampoule buvable**
1 Ampoule par semaine (2 btes)
- 6260 x2

PUC: 198.00DH
CZ:60

PPV : 52,60
LOT : 23J26D
EXP : 10/2025

PPV : 52,60
LOT : 23J26D
EXP : 10/2025

303,20

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

PHARMACIE POPULAIRE
LAHLOU Mohamed
PHARMACIEN
André Haas
& Boulevard d'Alsace
Tél: 05 22 22 17 04 - Casablanca

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

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:.....25/03/2024.....

Facture

MR SAOUD JAMAL

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Radiographies	200,00 Dh
Total	500,00 Dh

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

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

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 مونبولييه

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le:.....25/03/2024.....

MR SAOUD JAMAL

Faire :

Radiographie:

- Poignet droit : Face / profil

fait le : 25/03/2024

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE

124, Bd. La Liberté - Casablanca

Tel : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
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 25 / 03 / 2024

Non Prénom :

Mr SAOUD JAMAL

Signes clinique

➤ Douleur du poignet droit .

Bilan radiographique pratiqué :

➤ 2 Poignets + Mains : Face

Compte Rendu :

- Articulations radio-carpiennes , carpo-métacarpiennes , métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales et distales sans anomalies .
- Absence de calcification du ligament annulaire du carpe .
- Absence de lésions osseuses visibles .

Dr MAAROUFI SALAHEDDINE

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 / 08 08 53 09 58