

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 074615

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

11985

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADMIRI

HIND

Date de naissance :

08/09/20

Adresse :

Tél. :

0661.238098

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

KADMIRI HIND

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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.



Déclaration de Maladie

N° W21-630556

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : A1085

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KADMIRI Hind

Date de naissance : 06.12.1978

Adresse : La Perle de Namacave Apt 91 DNB 04
Namacave CASABLANCA 20000

Tél. : 066 123 8098

Total des frais engagés : 911,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : KADMIRI Hind

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fracture Ce

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/08/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-630556

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : A1085

Nom de l'adhérent(e) : KADMIRI

Total des frais engagés : 911,40

Date de dépôt : 14.10.21

RELEVE 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
31/08/21	.	5	300 DH	INP : 109116 FB16 DOcteur Boun 15 UMAT D Sidi Maârouf - Casablanca 22 58 19 36 06 01 42 34 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie MA PERLE 31 RYACHI Ep. ZOUINE Locateur Imm 14 N° 1 BP 53 79 60</i>	<i>21.08.2021</i>	<i>241,40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/08/21	RxR.L(F/P)	400 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																					
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																					
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																					
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	H	35533411	11433553	D	00000000	00000000	B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
<hr/>																									
B	00000000	00000000																							
H	35533411	11433553																							
D	00000000	00000000																							
B																									
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																					
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																					

دكتور Boutayna EL AZIFI

RHEUMATOLOGY

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



الدكتورة بثينة العزيزي

إختصاصية في :

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

Nom : Mme KADMIRI Hind

Casablanca le

31/08/2021

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meryem RYACHI ZOUHRA
Perles de Nouaceur Imm 14 N° 1
Tel 05 22 53 19 68

BREXIN 20 mg Cpr eff Plq/14



1 Comprimé par jour après le diner pendant 10 jours

RELAXOL 500



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

BECIDOUZE



1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 10 jours

OEDES 20MG



1 Gélule le matin avant le repas pendant 10 jours

241,40

إقامة نعيم : شارع ابو بكر القاديسي ، عماره 4 شقة 6 ، سيدى معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Barr El Kadi, Immeuble 4, apt 6, Sidi Maarouf

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

الدكتورة بثينة العزيزي
Doctor Boutayna EL AZIFI
RHEUMATOLOGY
Casablanca
Tél. 05 22 58 19 56

Relaxol 500mg/2mg

احترم الجرعة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بوصيـة وصـفة طـبـية - آنـة

PER : 09/2023
10/20019

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

A conserver à une température inférieure à 25°C.



Boîte de 20 comprimés avec un verre d'eau

Lire attentivement la notice avant utilisation.

20 Comprimés

Voie orale

Relaxol® 500 mg/2 mg

Paracetamol/Thiocyclicoside

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaa 20250
Casablanca - Maroc
Fabricant : Maphar
Km 10, route cditaire 111, Quartier industriel
Zemata - Ain Sebaa 20250 Casablanca - Maroc
Pour un comprimé 2 mg
Thiocyclicoside 500 mg
Composition : Paracetamol 500 mg
Gel 2 2 mg
Gel 500 2 mg
Liquide 2 mg
Savon 2 mg



CABINET DE RHUMATOLOGIE DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE : 31/08/2021

Compte rendu de radiographie

PATIENT : Mme KADMIRI Hind

Radiographie du rachis lombaire face et profil

- Respect des vertebres et des disques intervertébraux
- Respect de la statique vertébrale
- Mineralisation osseuse normale

دكتور بوطينة العزيزية
Dr. Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf Casablanca
Tel: 25 22 58 49 5608 24 34 52



CABINET DE RHUMATOLOGIE

DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE : 31/08/2021

PATIENT : Mme KADMIRI Hind

NOTE D'HONORAIRE

Radiographie du rachis lombaire face et profil

**Arrêtée la présente facture à la somme de : 400DH
(Quatre 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

دكتور بوعنون
Dr. Boutayna EL AZIFI
RHLIMATOLOGIE
Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 25 29 50 10 80 00 00 42 54 86