

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 ALG :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005314

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4671 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKOURI LATIFA V BERD AOU

Date de naissance :

Adresse : HA BITUELLE

Tél. : 0638296193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/07/2022

Nom et prénom du malade : ZAKOURI Latifa Age :

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

Nature de la maladie : Cancer

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 : DEROUA

Le : 03/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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'Hayat
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
21/07/22		5	300.DH	
	Infiltration genou dre		250.DH	
28/07/22	CT	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/22	5660
		673,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/07/22	Rx 2 genoux (C.F)	200.DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

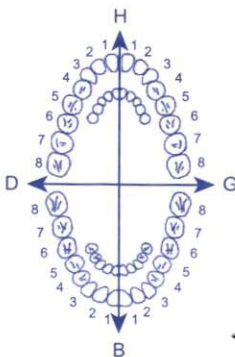
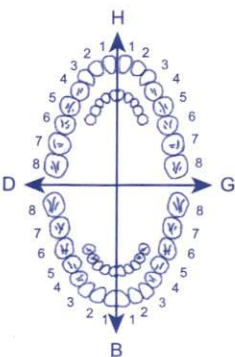
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

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

Casablanca le : 28/07/2022

Nom : Mme ZAKOURI LATIFA

DOLICOX COMPRIME PELLICULE 90 MG BOITE DE 7

1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

ALGIK COMPRIME 500 BOITE DE 16

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

CHONDROSULF 400 mg Gél B/84

1 Gélule le matin, 1 Gélule le midi, 1 Gélule le soir après le repas pendant 2 mois

الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 54 52

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 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV: 283,00 DH



ÉTUI
+ PLAQUETTE
+ NOTICE



13,20

13,20

PPV: 86DH40
PER: 11/24
LOT: K3175-3



ZENITH Pharma
AMM N° 558/17 DMP/21/NRQ



PPV: 283,00 DH

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

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



الدكتورة بثينة العزيفي

إختصاصية في :

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

Casablanca le : 21/07/2022

Nom : Mme ZAKOURI LATIFA



DIPROSTENE Susp inj en seringue préremplie

1Ser/1ml+aig

1 boîte

5660

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH



الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 58 19 56/05 02 44 34 53

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 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

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

Casablanca le : 21/07/2022

Nom : ZAKOURT Latifa

Infiltration genou D^{re}

الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدي معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, apt 6, Sidi Maarouf

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



**CABINET DE RHUMATOLOGIE
DR BOUTAYNA EL AZIFI**

A CASABLANCA LE : 21/07/2022

PATIENT : Mme ZAKOURI LATIFA

NOTE D'HONORAIRES

Radiographie des genoux de face

**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


D^{re} Boutayna EL AZIFI
CABINET DE RHUMATOLOGIE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel.: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52



**CABINET DE RHUMATOLOGIE
DR BOUTAYNA EL AZIFI**

A CASABLANCA LE : 21/07/2022

Compte rendu de radiographie

PATIENT : Mme ZAKOURI LATIFA

Radiographie des genoux de face

- Pincement femoro-tibial interne stade II
- Mineralisation osseuse normale

الطبيبة بشتة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Boulevard Maârouf - Casablanca
Tél.: 66 22 58 19 56/06 02 42 34 52