

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-774707

145409

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 8106

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ID BIHI

LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2335

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epouse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

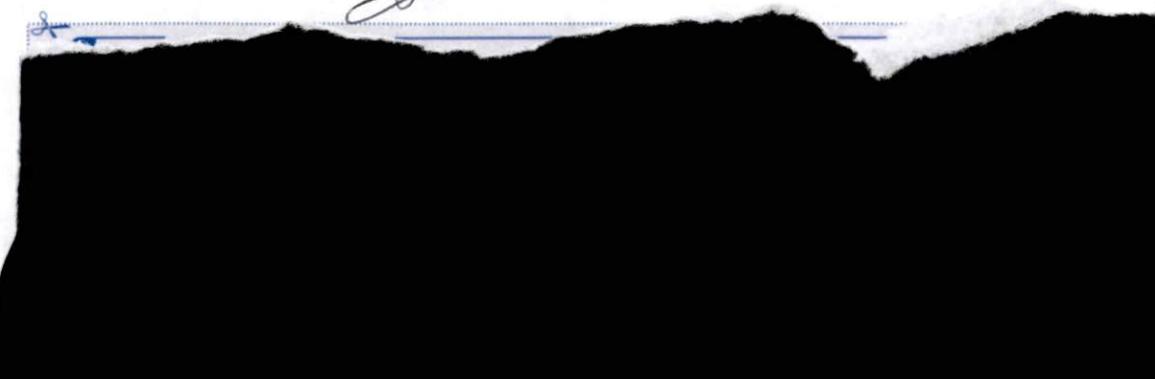
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

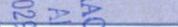
Fait à :

Le : 16 JAN 2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/12/22	5		360.00 DH	DOCTEUR HABIBI RHILALI SIDI MABROUK TELE: 06 22 65 15 55/06 02 42 34 57
25/12/22	PHL			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Cachet du Pharmacien et du Fournisseur Maaouf. Olaakbal. O. LA DISCOVERIE 0522 93 13 13 - Fax: 0522 93 13 13	24/12/99	503.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Doktor Bouta RHU M A T O L Sidi Maârouf - Casablanca 25 22 58 19 55 06 82	12/12/2012	échographie (S)	4.00 DH

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	G		00000000	35533411	B	11433553
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
G																
00000000	35533411															
B	11433553															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

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



الدكتورة بثينة العزيزي

، إختصاصية في :

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

24/12/2022

Casablanca le :

Nom : Mme IDBIHI Latifa



Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/INTO
1619021
6 118001 160051

268.00

ARCOXIA COMPRIME PELLICULE 90 MG BOITE DE 14

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

DUOXOL 500MG



370.00

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



198.00

NOCICEPTOL GEL

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot. Al Moustakbal, Lot. N°7
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 0522 97 32 32
RE: 2021/01/C
PVC: 198.00DH
C163
2024-09
CNK 3259-850

3 401020 354451 >

دكتورة بثينة العزيزي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf
Tél.: 06 22 58 20 58
Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرص

شارع أبو بكر القادري ، عمارة 4 شقة 5
d Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6,

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





CABINET DE RHUMATOLOGIE

DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE 24/12/2022

PATIENT : Madame IDBIHI Latifa

NOTE D'HONORAIRE

Echographie de l'épaule gauche.

Arrêtée la présente facture à la somme de : 400DH

(Quatre cent dirhams)

Lotissement Naim, Ouled Haddou, Immeuble 4, Appart 6, Sidi Maarouf – Casablanca

Tel: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

Dr. Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf Casablanca
Tél.: 05 22 58 19 56/06 02 42 34 52

ECHOGRAPHIE OSTEO-ARTICULAIRE

Dr BOUTAYNA EL AZIFI

NOM-PRENOM : Madame IDBIHJI Latifa

ECHOGRAPHIE DE L'ÉPAULE GAUCHE

- **Tendon de la longue portion du biceps** : echostructure normale
 - **Tendon du subscapulaire** : echostructure normale.
 - **Tendon du supra-épineux** : echostructure hétérogène, épaissi.
 - **Tendon de l'infra-épineux** : echostructure normale
 - **Epanchement gleno-huméral** : absent
 - **Bursite sous acromiale** : absente
 - **Conflit antero-supérieur** : absent
 - **Articulation acromio-claviculaire** : echostructure normale
 - **Articulation gleno-humérale** : echostructure normale

CONCLUSION :

Tendinopathie chronique du supra-épineux.

Dr. BOUTAYNA EL AZIFI
HUMAT LOGUE
Al Maârouf Casablanca
Tél. +212 58 19 56 06 02 42 34 52

