

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-774707

145409

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8106 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDBIHI 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 :

Lien de parenté :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
24/12/22	5		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	50300

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/12/22	échographie (9)	400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez 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	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"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	

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

24/12/2022

Casablanca le :

Nom : Mme IDBIHI Latifa



ARCOXIA COMPRIME PELLICULE 90 MG BOITE DE 14

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

DUOXOL 500MG

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

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 77

LOT PUC: 198.00DH

C163
2024-09

CNK 3259-850



الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf
Tél.: 05 22 59 32 77

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 a la somme de : 400DH

(Quatre cent dirhams)

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

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

الدكتورة بوشينة العزيفي
Docteur 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 IDBIHI Latifa

ECHOGRAPHIE DE L EPAULE 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-epineux.

مكتبة بوشينة العزيفي
Dr Boutayna EL AZIFI
RUMATOLOGUE
Sidi Maarouf, Casablanca
Tel. : 22 58 19 56 / 06 22 42 34 52

