

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-813479

✓ 26860



Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 13101 Société : KAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Bennani Chiba RITA

Date de naissance : 12/02/1889

Adresse :

Tél. : 0662 02 42 45 Total des frais engagés : 1103 DHS DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUTAIBA EL AIFI  
RHUMATOLOGUE  
SIDI MAAROUF CASABLANCA  
04 22 20 45 45 (LG)

Date de consultation : 04/08/2023

Nom et prénom du malade : Chiba Bennani RITA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

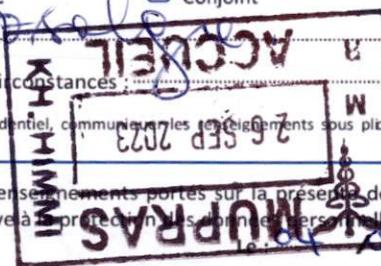
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 à caractère personnel.

Fait à : CASA

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
04/08/83	S		3000 H	INP : 09117658936 Dr. FALAH Youssef Dentiste Téleradiologue Sidi Maârouf Casablanca Tel: 25 22 58 19 56/06 02 42 34

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JIJINE CALIFORNIE Dr. FALAH Youssef Téleradiologue Innare California 11 12 13 14 01 05 22 87 11 12 13 14 CE: 001512678000029	04/08/83	403,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

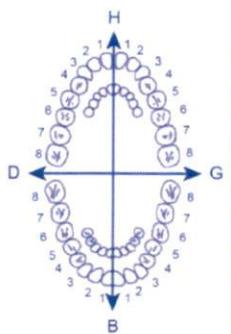
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. FALAH Youssef Dentiste Téleradiologue Sidi Maârouf Casablanca Tel: 25 22 58 19 56/06 02 42 34		(F) + (P)	400 PH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

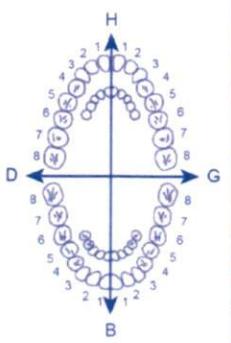
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur Boutayna EL AZIFI**

**R H U M A T O L O G U E**

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



**الدكتورة بثينة العزيзи**

إختصاصية في :

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

**04/08/2023**

Casablanca le : .....

**Mme CHIBA BENNANI RITA**

Nom : .....

*152,00*

**ARIXIB 90 mg**



LOT	: 230858
EXP	: 06/2026
PPV	: 152,00DH

*53,10*

**RELAXOL 500**



1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours  
1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après  
le repas pendant 7 jours

*198,00*

**NOCICEPTOL GEL**



P.U.C : 198,00DH
(208
2025-05

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

*403,10*

HARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FALAH YOUSSEF  
0 Picto Tandart Rés Lina  
Jnane California Am Chok  
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa  
ICE: 001512678000029

"دكتورة بثينة العزيزي"  
Dr. Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maâtouf Casablanca  
Tél: 05 22 58 18 56 / 06 02 42 34

إقامة نعيم، شارع ابر بكر الراشدي، عمارة 4 شقة 6، سيدى 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



## CABINET DE RHUMATOLOGIE DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE : 04/08/2023

### Compte rendu de radiographie

PATIENT : Mme CHIBA BENNANI RITA

### Radiographie du rachis dorsal face et profil

- Respect des vertebres et des disques intervertébraux
- Scoliose à convexité gauche
- Accentuation de la cyphose dorsale
- Mineralisation osseuse normale

دكتور بثينة العزيزية  
Dr. Boutayna E. AZIFI  
RHUMATOLOGUE  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél.: +212 22 68 19 56 / 06 02 42 54 54



## CABINET DE RHUMATOLOGIE DR BOUTAYNA EL AZIFI

A CASABLANCA LE : 04/08/2023

PATIENT : Mme CHIBA BENNANI RITA

### NOTE D'HONORAIRE

#### Radiographie du rachis dorsal face et profil

Arrêtée la présente facture à la somme de : 400DH  
(Quatre cent dirhams)

Bd Abou Bakr El Kadiri, résidence Naim, Immeuble 4, Appart 6, Sidi Maarouf – Casablanca  
Tel: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

دكتورة بنتة العزيزى  
Dr Boutayna EL AZIFI  
RHUMATOLOGIE  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52