

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-813479

176860

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13102 Société : SAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMANI CHIBA RITA

Date de naissance : 12/07/1988

Adresse :

Tél. : 0662 07 42 45 Total des frais engagés : 1103 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Ducteur Boutayna EL ACHI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf Casablanca

Date de consultation : 04/08/2023

Nom et prénom du malade : Chiba Benmani 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 confidentialité des données personnelles.

Fait à : Casa

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
04/08/23	C		3000 DH	INP: 091765936 Ducteur Boutayna EL AZIZ RHUMATOLOGUE Sidi Maarouf Casablanca Tél: 22 58 19 56/06 02 42 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie J. FALAH Youssef Dr. FALAH Youssef P.O. Box 1112 - Casablanca Tél: 05 22 87 11 12 - 03 22 58 19 56/06 02 42 34	04/08/23	403,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

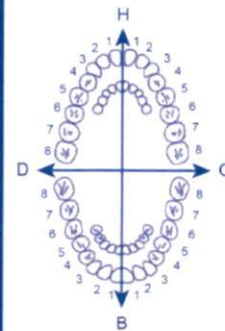
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Ducteur Boutayna EL AZIZ RHUMATOLOGUE Sidi Maarouf Casablanca Tél: 22 58 19 56/06 02 42 34	04/08/23	Rx dorsale (F) + (P)	4,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

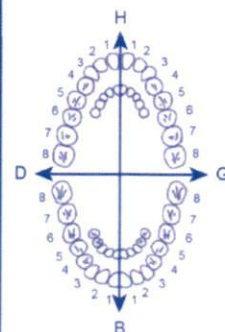
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DÉBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 : 04/08/2023

Nom : Mme CHIBA BENNANI RITA

152,00

ARIXIB 90 mg



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

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

53,10

RELAXOL 500



P.P.V : 53DH10
118000 060833

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

198,00

NOCICEPTOL GEL



P.V.C : 198,00DH
C208
2025-05

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

403,10

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
0 Picta Tandar Rès Lina
Jnane Californie Am Choq
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa
ICE: 001512678000029

الدكتورة بثينة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
26 22 58 19 56/06 02 42 34 52

إقامة نعيم، شارع أبو بكر التادري، 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



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 a convexite gauche
- Accentuation de la cyphose dorsale
- Mineralisation osseuse normale

دكتورة بثينة العزيفي
Ducteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf Casablanca
Tél.: 22 58 19 56/06 02 42 34 52



**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 a 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

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