

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.

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° P19- 062047

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7672

Société : RETRAITE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HADIK ABDRAHMAN

Date de naissance : 1 1 1961

Adresse : 309 H LOT EL WAFI DEROUA

Tél. 0673 98 56 81

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. BÉLHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - CASA
Tél. / 27.08.40

Date de consultation : 03/06/2023

Nom et prénom du malade : ZINEDDINE LOUSSI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

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 : CAS

Le : 03/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03	13	01	25002	Dr. M. BELHADJ Chirurgien Orthopédiste 52, Bd. Zerkouni - CASA Tél. : 27.08.40
06				
22/3	28		200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

3-6-23

382,30

03-06/23

39,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

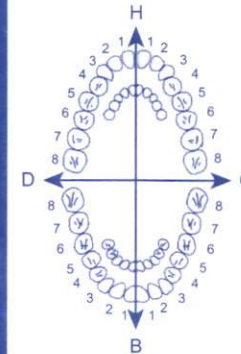
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

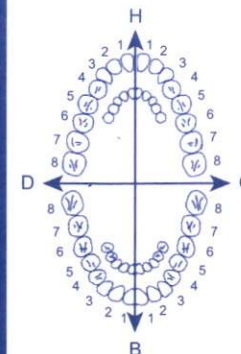
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40

03.06.2023

Mme ZINEDDINE LIDRISSI Latifa

BON POUR LES SOINS PRODIGUES LE :03/06/2023

CONSULTATION SPECIALISEE =CS=250DH.

RADIOLOGIE 2Z8 =200DH.

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS =450DH.

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40



Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40

3 Juin 2023

COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE

Nom : ZINEDDINE-LIDRISSI

Prénom : Latifa

PRESCRIPTION:

Incidence :RX PIED GCHE DE PROFIL.

RESULTAT:

*****EPINE CALCANNEENE.

Dr BELHAJ El Mostafa

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40



ALGANTIL®

PPV:
EXP:
Lot N°:

47.80 DH
03/25
L0214

PPV 72DH80

EXP 05/2025
LOT 25001 1

LOT: 1595
PER: 01-26
PPV: 82DH10

LOT: 2160
PER: 02-26
P.P.V: 10DH60

PPV: 169DH00
PER: 01/26
LOT: M092



LOT/EX

H03645
11/2027
P.P.V: 37DH70

Dr. BELHAJ EL MOSTAFA

CHIRURGIEN - SPECIALISTE
Traumatologie - Orthopédie

Maladies et Chirurgie des Os et des Articulations.
Chirurgie des Maladies Rhumatismales.
Traumatologie du Sport

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex Chirurgien des Hôpitaux de France
Ex Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech
87, Av. S. Zerkouni - Casablanca

52, Bd ZERKOUNI-ESPACE ERREDA
(face marché aux fleurs) - Casablanca
Tél. : 05.22.27.08.40

الدكتور بلحاج المصطفى

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة الكسور و تقويم العظام
جراحة اليد و أمراض الروماتيزم
علاج الأضرار الرياضية

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابق بمستشفيات فرنسا
جراح سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

52. شارع الزرقطوني. عمارة الرضا (أمام سوق الورود)
05.22.27.08.40 : الهاتف - الدار البيضاء

03.06.2023

Casablanca, le

Mme ZINEDDINE LIDRISSI Latifa

1 DEPO-MEDROL 80 MG INJ (01 BTE)

Faire une injection IM unique le premier jour.

SI PRODUIT NON DISPONBLE PRENDRE (DIPROSTONE INJ , OU KENACORT R 80)

2 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin et le soir.

3 DOLOSTOP 1000MG (CP SIMPLE)

Prendre 1 cp matin et soir avant repas pendant 08j.

4 EUZOL 20MG.(BTE 14)

Prendre 1 gélule le soir, après le repas, pendant 14 jours.

5 DOLICOX 90MG (BTE 14).

prendre 1cp à midi apres repas.Pendant 14j.

6 DASEN CP

Prendre 1cp matin et soir au milieu du repas pendant 10j.

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd Zerkouni - CASA
Tél. : 05.22.27.08.40

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - CASA
Tél. : 05.22.27.08.40