

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 957 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEMALI NEZHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061099809 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 0007-AON-LO

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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

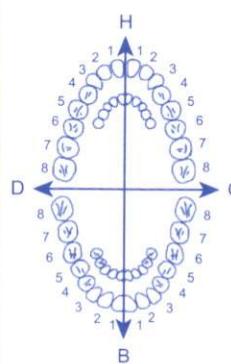
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
k	= Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro-Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 824083

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Madame NEZLA SEMALI
 Matricule : 9957 Fonction : Retraitee Poste :
 Adresse : Residence "Gau Sociale Rue EL NAL FATHIAN 33000
 Tél. : 06-44-22-80-04 Signature Adhérent : J. M. BELHAJ

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SEMLALI Aleyha Age 52
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 05-10-1983
 Nature de la maladie : chirurgie de l'abdomen
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
 A : CPZ, le 05-10-1983 Signature et cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois
 Dr. M. BELHAJ Chirurgien Orthopédiste CASA 27.08.80
 Tel. 52.80.20

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 824083

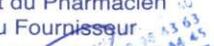
Matricule N° : _____
 Nom du patient : _____
 Date de dépôt : _____
 Montant engagé _____
 Nombre de pièces jointes : _____



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
05.10. 2013 001.2023	CS	01	# 300.00	Dr. M. BEELTJA Chirurgien Orthopédiste 52 Bd. Zerkani 12 A 3 A Tél. 12 08 40 00
			Général	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 VITA Pharmacie VITA sarl au 2007020	05/10/23	334,10

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>B.D. Béthim Radiologie line Rés. Anna : Cassini 13-65224500 B.P. 52100 CAEN</i>	07/10/23	<i>A. Hanches F.C.P. Bassin diff.</i>	<i>800,-</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE 5 oct. 23

NOM : SEMLALI
PRENOM : NEZHA
MEDECIN TRAITANT : DR. BELHAJ M.

Bassin de face en charge + Hanches F + P

- Discrète bascule supérieure gauche du bassin de 3 mm.
- Absence d'anomalies ostéo-articulaires de type arthrosique de la hanche droite .
- P.T.H. gauche en place sans signes de décèlement .
- Aspect satisfaisant des articulations sacro-iliaques .
- Absence de lésion osseuse focale .
- Absence d'anomalie en regard des parties molles.

CONFRATERNELLEMENT

DR. M. BELCADI

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassir Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél. : 05 22 25 73 13 - 05 22 25 75 05

Dr. M. BELCADI ABASSI

Radiologue

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

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 امراض الروماتيزم

علاج الأضرار الرياضية

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات فرنسا

جراح سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

شارع الرفقطوني عمارة الرضا (أمام سوق الورود)

الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.27.08.40

Casablanca, le 5 Octobre 2023

Demande pour le patient Mme SEMLALI Nezha

Faire pratiquer une radiographie :

1/ HANCHE DRTE ET GCHE F/P.

2/ BASSIN FACE EN CHARGE.

DOULEURS HANCHE DRTE.
CONTROLE PTH GCHE.

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

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bt. Brahim Roudani Rue
Abdellah Eddine Rue Aïcha - Casablanca
Tel : 0522 23 72 13 - 0522 25 75 0

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°02584/23

CASA LE 05.10.23

Nom & prénom :
SEMLALI NEZHA

Examens	Prix
Rx ; bassin de face	200.00
Rx ; hanche D. G. f = p	600.00
TOTAL :	800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Huit cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Fès Atta Casablanca
0522.25.73.13 - 0522.25.75.05

Dr. BELHAJ EL MOSTAFA

CHIRURGIEN - SPECIALISTE
Traumatologie - Orthopédie

Maladies et Chirurgie des Os et des Articulations.

Chirurgie des Maladies Rhumatismales.

Traumatologie du Sport

الدكتور بلحاج المحطة

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة الكسور و تقويم العظام

جراحة اليد و أمراض الروماتيزم

علاج الأضطرابات الرياضية

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex Chirurgien des Hôpitaux de France
Ex Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

52, BD ZERKOUNI ESPACE ERREDA
(face marché aux fleurs) - Casablanca

Tél. : 05.22.27.08.40

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات فرنسا

جراح ساد

ALGANTIL®

PPV 72DH80

EXP 05/2025

LOT 25001 1

GEL

POUR APPLICATION LOCALE

LOT : 3757

PER : 04 - 26

P.P.V : 10 DH 60

PHARMA5

PPV : 3162

PER : 03-26

PPV : 82DH10

PPV : 169DH00

PER : 05/26

LOT : M1716-2

D.

Chirurgien Orthopédiste

52, Bd. Zerkouni CASA

Tél. : 27.08.40

VIA
Dr. BELHAJ EL MOSTAFA
52, Bd. Zerkouni CASA
Tél. : 05.22.27.08.40
05.22.26.43.63
05.22.58.44.45
dr.belhajelmostafa@gmail.com
dr.belhajelmostafa@yahoo.com
Dr. Belhaj El Mostafa
Ville Fleuret Maroc