

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0030409

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 957 Société : 181605

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEMLALI NEZHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061492804 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 : 7 AON 20

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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 Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

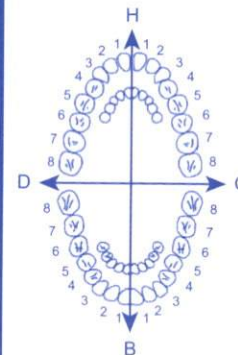
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

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

Date du devis

Date de l'exécution

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)
CNPSY = 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 couvrant 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 kinsithérapeute
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 resultant de certains actes que si après avis du controle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis a 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 put être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi 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 EFFECTUES EN SERIE, il s' agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
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 : Nadame NEZHA SEMLAH
Matricule : 09.57 Fonction : Retraitee Poste :
Adresse : Residence "El Moussade" Rue El Moussade - El Moussade - El Moussade
Tél. : 06 14 22 80 04 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SEM LAH Lezha Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 05/10/2023
Nature de la maladie : douleurs des hanches
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstan
A CASA, le 05/10/2023 Signature du médecin [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

DR. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
32, Bd. Zerktouni - C.A.S.A.
Tél. : 05 27 99 40

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 824083
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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 Honoraires
05/10/23	CS	01 # 300,00		Dr. M. BELHAI Chirurgien Orthopédiste 52 Bd Zerkoubi / G A 3 A Tél. 77 13 05 22 22 22 / 27.08.40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VITA sarl El. 05 22 22 43 63 FAX 05 22 22 44 45 mechakoum.com 152 - 55 - 200m Air Mart Val d'Orléans - France	05/10/23	334,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ADIOLOGIE SARL Indy Bn. Brahim Houda Nassim Louine Rés. Aïla Tél : 05 22 22 77 13 - 05 22 22 22 22 Dr. M. BELCADI - BASSE	05/10/23	A. Hanches B. Basses	800,4

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	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.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANT DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412		21433552																									
	00000000		00000000																									
	00000000		00000000																									
	35533411		11433553																									
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي 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
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 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 ZERKTOUNI 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 الورد)
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. : 05.22.27.08.40

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle B.T. Brahim Roudani Rue
Kasbah Edine B.T. Agha - Casablanca
Tél : 0522 25 77 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.**

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine
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

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

Dr. BELHAJ EL MOSTAFA

CHIRURGIEN - SPECIALISTE
Traumatologie - Orthopédie

Maladies et Chirurgie des Os et des Articulations.
Chirurgie des Maladies Rhumatismales.
Traumatologiedu 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 ZERKTOUNI 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

52. شارع
الدار البيضاء

ALGANTIL®

PPV 72DH80

EXP 05/2025
LOT 250011

GEL

POUR APPLICATION LOCALE

Mme SEMLALI Nezha

1 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin et le soir.

2 DOLOSTOP 1000MG (CP SIMPLE)

Prendre 1 cp matin et soir avant repas pendant

3 EUZOL 20MG.(BTE 14)

Prendre 1 gélule le soir, après le repas,

4 DOLICOX 90MG (BTE 14).

prendre 1cp à midi apres repas.Pendant

LOT : 3757
PER : 04 - 26
P.P.V : 10 DH 60

PHARMAS 5

LOT : 3162
PER : 03-26
PPV : 82DH10

PPV : 169DH00
PER : 05/26
LOT : M1718-2

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

334110