

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : 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.

N° W19-419444

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <b>(23318)</b>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	277	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELHANI Tahmed			
Date de naissance :			
Adresse : Bd. Moulay Ismaïl N° 372 Casablanca			
Tél. :	064987596	Total des frais engagés :	1331.00 DH
Dhs			

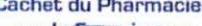
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. M. B. ELHAJ            Chirurgien Ortho, ediste            52 Bd. Zekkouri - LASA            Tel: / 27.08.00         </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10 FEV 2020			
Nom et prénom du malade : JADOU Yassine Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gonorrhée			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ML : 21 S			
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 : ACCUEIL			
Signature de l'adhérent(e) :			

<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie	N° W19-419444
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) : YASSINE	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

#### **BELEVE 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
15/02/2020	Consultation	01 x 25000	25000	INP : 105101861 BELHAJ Chirurgien orthopédiste SA 30 M. Zekrouni O. i Signature : BEL

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10 Fevr 2020	2.82,2.DH
	24 Fevr 2020	ICE: 0004893600000038 808,80DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

**VIOLET ADHERENT**

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

#### **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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<b>H</b>	25533412      21433552 00000000      00000000	<input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<b>D</b>	00000000      00000000 35533411      11433553	<input type="text"/>	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<b>G</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<b>B</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>					

# Dr. BELHAJ EL MOSTAFA

**CHIRURGIEN - SPECIALISTE**  
**Traumatologie - Orthopédie**

الدكتور بلحاج المصطفى

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

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

جراحة الكسور و تقويم العظام

جراحة اليد و أمراض الروماتيزم

علاج الأضار الرياضية

خريج كلية الطب بباريس

بيان فرنسي

مسكري ابن سينا

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

طا ( أمام سوق الورود )

05.22.27.08.4

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

Mme JADOUI Yamna

Casablanca, le .

1 HYDROXO 5000 INJ

Faire 1 injection IM par jour pendant 08 jours (02 btes)

13,40

2 COLCHICINE CP.

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas pendant 15j

30,00

3 DOLTRAM

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, après le repas.

38,80

4 AGIFENE POMMADE

1 boite

Faire 1 application le matin et le soir

53,00

5 IPP 20MG (BTE 14)

Prendre 1 gélule le soir, après le repas

T = 282,20DH

Dr. M. BELHAJ  
Chirurgien Orthopédiste  
52 Bd. Zerkouni CAS  
Tél. /27.08.4

LUT: 486  
PIER: MAR 2022  
PPV: 38 DH

IPP®  
Omeprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules  
PPV: 53,00 DH  
6118000190547



1/1/2020

**Dr. M. BELHAJ**  
Cherien Orthopédiste  
52 Zertkouni - CASA  
/ 27.08.40  
Tel:

**PIASCLEDINE® 300MG**

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

6 118001 072844

**ALGAN**

PPV 72DH80

E/  
Lc

188,10

Mme JADOUI Yamna

1 PIASCLEDINE 300 MG

26180

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 1 mois.

2 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin et le soir.

149,10 X2

3 CURARTI FORTE

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après

4 ARTIMAX

249,10 Prendre 1 gélule le matin et le soir, après le repas

PPC : 149,50 DH

Lot :  
À consommer de préférence avant le :

Confort et Soupleesse  
Articulaire

LOT 19242/FCS  
08/2022 PPC 249,00

TOMZ = 808,80 DH

**Dr. M. L**  
Cherien Orthopédiste  
52 Zertkouni - CASA  
/ 27.08.40

Etiquette nutritionnelles :



24 FEBR 2020