

## 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

- 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° W19-532093

ND: 24933

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04802 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : CHOVAIRI Mostafa  
 Date de naissance : 21-03-1959  
 Adresse : Abituelle  
 Tél. : 064849971 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. M. BELHAJ**  
Chirurgien Orthopédiste  
52, Bd Zerkouni - C.A.S.A  
Té: / 27.08.40

Date de consultation : 21/04/2020

Nom et prénom du malade : Semir ep chma-si Kharid

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Incontinence

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-532093

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 : 04802  
 Nom de l'adhérent(e) : CHOVAIRI  
 Total des frais engagés : 223,50  
 Date de dépôt : 29/05/2020



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21-04-20        | CS                | 250m                  | 250m                            | INP : 09/10/8671   |
|                 | 1/10/128          | 200m                  | 200m                            |  |

**Dr. M. BELHAI**  
Chirurgien Orthopédiste  
127.08.40

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie SAHOUN<br>Dr. Fatima SAHOUN<br>34-Med Zahat May Al Wala<br>Tel: 0522 70 76 00 - INE: 05951762 | 21/04/20 | 373,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# VOLET ADHERENT

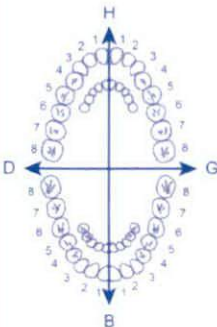
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS  | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |  |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

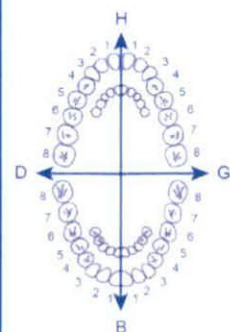
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# 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'EXECUTION [ ]     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 امراض الروماتيزم  
علاج الاضرار الرياضية

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

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

21.04.2020

Casablanca, le .....

Mme SEMTAL EP CHOUAIBI Khadija

1 DEPO-MEDROL 80 MG INJ (01 BTE)

Faire une injection IM unique le premier jour.

SI PRODUIT NON DISPONBLE PRENDRE (DIPROSTONE)  
80)

2 ANDOL 500 MG (CP SIMPLE)

Prendre 2 comprimés le matin et le soir, après le repas. 02

3 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin et le soir.

4 LYSANXIA 10 mg cp B/40

Prendre 1/2 cp le soir pendant 07j

5 LANPROL 30MG (BTE 14).

Prendre 1 gélule au coucher.

6 DOLICOX 90MG (BTE 14).

prendre 1cp à midi apres repas



811/800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V. : 58,80 DH  
AMM 235DMP/21/INTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

LOT : 200115  
UT AV : 02/2023  
PPV : 10,00DH

**ALGANTIL®**

PPV 72DH80

PPV

UT.AV : 07 2023

LOT N° : 12

LOT: 280  
PER: SEP 2022  
PPV: 42 DH 00

**Dr. M. BELHAJ**

Chirurgien Orthopédiste

52, Bd Zerkouni - G  
Té: 0522 70 76 00 - INE: 0922

PPV: 169DH00  
PER: 18/23  
LOT: 12772-2

373,50



**Dr. M. BELHAJ**  
*Chirurgien Orthopediste*  
52, Rd Zerkouni - C A S A  
Té / 27.08.40

21 Avril 2020

**COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE**

Nom : SEMTAL EP CHOUAIBI

Prénom : Khadija

**PRESCRIPTION:**

\*\*\*\*\*

Incidence : RX ASP DE FACE.

**RESULTAT:**

\*\*\*\*\* LEGER PINCEMENT L5/S1

Dr BELHAJ El Mostafa

**Dr. M. BELHAJ**  
*Chirurgien Orthopediste*  
52, Rd Zerkouni - C A S A  
Té / 27.08.40