

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.

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



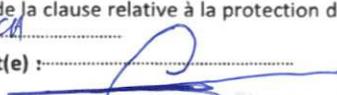
Déclaration de Maladie

N° W19-551085

83505

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6961</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Mohammed</u>
Nom & Prénom : <u>GNIQUI</u>			
Date de naissance : <u>06/01/03 89</u>			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : <u>711,10 DH</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. M. BELHAJ Généralien Orthopédiste 52 Bd Zerktouni - CASA Tél. 127.08.40 </div>			
Date de consultation : <u>26 AOUT 2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Zoumire Bouchra</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>le Solpis</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

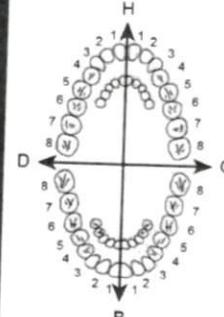
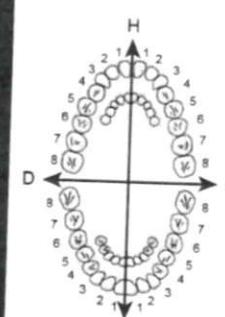
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Centre Allal Ben Abdellah Le : 26 AOUT 2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
26/08/2021	18	01	125000	INP : 651018651 M. BELHAJ Orthopédiste CASA 26/08/2021
26/08/2021	Radios	878	22012	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE STIRED 1, Route de Casablanca 15-1000 Casablanca	26/08/2021	261,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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"/>												
																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
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.
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 البد و أمراض الروماتيزم
علاج الأضار الرياضية

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

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

26.08.2021

Casablanca, le

Mme DOUMIRI Bouchra

1 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

1320

2 CETAMYL CP SIMPLE 1000 MG

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

4780

3 DAZEN CP

7510

Prendre 1cp matin et soir au milieu du repas

4 KALEST 20 MG (BTE DE 14).

Prendre 1 gélule au coucheur.

3770

5 DEPO-MEDROL 80 MG INJ (01 BTE)

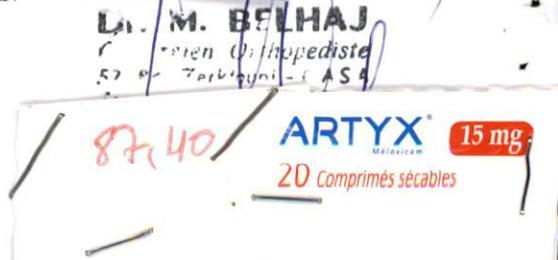
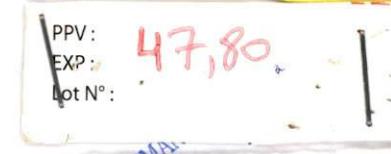
8710

Faire une injection IM unique le premier jour
SI PRODUIT NON DISPONIBLE PRENDRE
INJ , OU KENACORT R 80)

6 ARTYX 15 MG (BTE DE 10)

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas.

26110



ORDONNANCE

Dr. M. BELHAJ

Chirurgien Orthopédiste
52 Rue Zerkouani - CASA
Tél. / 27.08.40

, Le :

26.08.2021

Mme DOUMIRI Bouchra

BON POUR LES SOINS PRODIGUES LE :26/08/2021

CONSULTATION SPECIALISEE =CS=250DH.

RADIOLOGIE 2Z8 =200DH.

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

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52 Rue Zerkouani - CASA
Tél. / 27.08.40

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
Sous-Préfet de Berkoune - CASA
Té : / 27.08.40

26 Août 2021

COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE

Nom : DOUMIRI

Prénom : Bouchra

PRESCRIPTION:

Incidence : RX ASP DE FACE.

RESULTAT:

***** ARTHROSE INTER-APOPHYSAIRE POSTERIEURE L4/L5.

Dr BELHAJ El Mostafa

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
Sous-Préfet de Berkoune - CASA
Té : / 27.08.40

