

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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0021738

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2477 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noufer Kadija Date de naissance : 11/1954
Adresse : 143 Châcaout Way FAIBH
Tél : 067202789 Total des frais engagés : 816 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22 SEP. 2022
Nom et prénom du malade : NOUFER KADIJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs graves vertèbres
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 : 22/09/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
22 SEP. 2012	CS Radio	01 258 = 200 DH	2500 DH	Dr. M. BELHAR Chirurgien Orthopédiste 52, Bd. Zerkoun - C.A.S.A 27.08.40

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22 Sept 2022	2961,90 m INP10962222

[illegible]

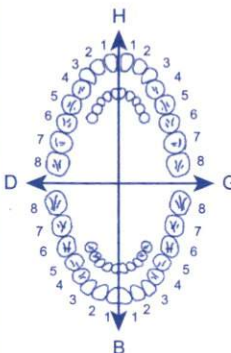
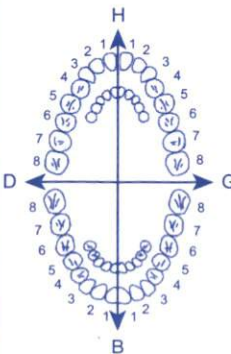
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24 SEPT 2022			x 2		79.-

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
	DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
H 25533412 21433552 00000000 00000000											
D	G										
00000000 00000000 35533411 11433553											
B											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 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 الورود)
الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.27.08.40

22.09.2022

Casablanca, le

Mme NOUFER Khadija

47.80

1 DAZEN CP

Prendre 1cp matin et soir au milieu du repas.

32.20

2 DEPO-MEDROL 80 MG INJ (01 BTE)

Faire une injection IM unique le premier jour.

SI PRODUIT NON DISPONBLE PRENDRE (CELESTENE 8MG OU DIP
INJ , OU KENACORT R 80)

10.60x2

3 DOLOSTOP 1000MG (CP SIMPLE)

Prendre 1 cp matin et soir apres repas pendant

32.00x2

4 MOBIC 15 MG INJ (2 BOITES).

Faire 1 injection IM/J le matin pendant 06 jours

42.00

5 LANZEN 30 MG BTE 14.

Prendre 1 gélule au coucher.

38.50

6 NEUTRAL SIROP

1 cuillère à soupe matin et soir

30.30

7 ALPRAZ 1 MG.

Prendre 1/2 comprimé le soir, apr

LOT : 2433
PER : 08-25
P.P.V : 10 DH60

LOT : 2433
PER : 08-25
P.P.V : 10 DH60



6 118001 040131
MOBIC 15mg / 1,5ml
(Meloxicam)
Boîte de 3 ampoules Injectables
PPV: 37 DH 00

118001 040131
MOBIC 15mg / 1,5ml
(Meloxicam)
Boîte de 3 ampoules Injectables
PPV: 37 DH 00

Dr. M. BEL
Chirurgien Ortho
52, Bd. Zerk
Tél

PPV 38DH50

13738
0101

220259
02 2925
35.70

T=2956.90m

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

22 Septembre 2022

COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE

Nom : NOUFER

Prénom : Khadija

PRESCRIPTION:

Incidence : RX PIED DRT F/P.

RESULTAT:

***** PAS DE LESION OSSEUSE VISIBLE.

Dr BELHAJ El Mostafa

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



Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40

22.09.2022

Mme NOUFER Khadija

BON POUR LES SOINS PRODIGUES LE :22/09/2022

CONSULTATION SPECIALISEE =CS=250DH.

RADIOLOGIE 2Z8 =200DH.

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

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopediste
52, Bd. Zerkouni - C A S A
Tél. / 27.08.40

