

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0053866

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : 192173  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAHNAOUI Abdellahif  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 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 : 20/12/2023  
 Nom et prénom du malade : SAHNAOUI Abdellahif Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
20/12/23	15	01	3000H	
20/12/23	278	2000H		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
244 Jolisssement el wafaa	20-12-23	230,30
244 Jolisssement el wafaa	26-1-24	687,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

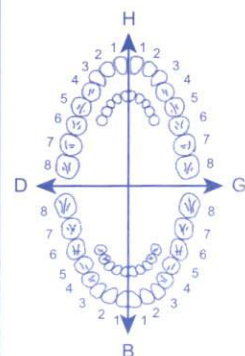
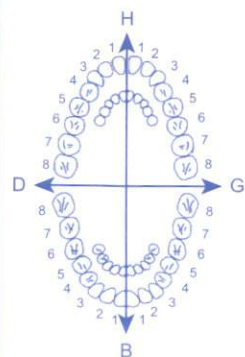
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
20/12/23	8	10,00	X			80,00

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. M. BELHAJ**  
Chirurgien Orthopédiste  
52, Bd. Zerkouni - C A S A  
Tél. / 27.08.40

PHARMACIE EL OUMOUKHA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Tél. : 05 22 53 20 54



06.01.2024

Mr SAHNAOUI Abdellatif

188.0  
1 **PIASCLEDINE 300 MG**

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

72.6  
2 **OSTEOCARE**

Prendre 1 cp/j le soir APRES REPAS.

89.50  
3 **ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)**

Faire 1 application le matin et le soir.

69.0  
4 **D3NORM GOUTTES (200 UI)**

PRENDRE 5 GOUTTES / J A MIDI APRES REPAS.

69.0  
5 **REUMADEP**

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

6 **PROBIOTIS**

Prendre 1 gélule le soir, après le repas, pendant 5 jours.

687.30  
**Dr. M. BELHAJ**  
Chirurgien Orthopédiste  
52, Bd. Zerkouni - C A S A  
Tél. / 27.08.40

**PIASCLÉDINE® 300MG**  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

Lot:  
A consommer  
avant le:

PPC: 89,50 DH

**OSTEOCARE 30 CP**  
PVC : 119,00

Ut Av	Lot :
31/03/2027	285413

IPHABIOTICS



5 021265 2446

LOT: 220641  
DLUO: 08/2024  
89,00 DH

PPV 72DH80

**REUMALDEL® Capsules**  
Contenu 16,35 g

LOT:  
PER:  
PPC: 149,50 DH

W044  
01/20



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 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

Casablanca, le .....20.12.2023.....

Mr SAHNAOUI Abdellatif

1 HYDROXO 5000 INJ

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

2 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

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

3 DOLTRAM

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 6 jours.

4 KALEST 20 MG (BTE DE 14).

Prendre 1 gélule au coucher.

5 DOLICOX 90MG (BTE 14).

prendre 1cp à midi apres repas.Pendant 14j.

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

PPV:169DH00  
PER:05/26  
LOT:M1717

LOT 230640  
EXP 08/2025  
PPV 42.00DH

PPV:29DH50  
PER:01/25  
LOT:L064

PPV 72DH80  
EXP 04/2026  
LOT 33002 1

**CELON**  
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

**hydroxo**  
HYDROXOCOBALAMINE BASE  
PPV 58DH50

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

20 Décembre 2023

**COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE**

Nom : SAHNAOUI

Prénom : Abdellatif

**PRESCRIPTION:**

\*\*\*\*\*

Incidence : RX EPAULE DRTE DE FACE.

**RESULTAT:**

\*\*\*\*\* ASCENSION TETE HUMERAL ET CONFLIT S/ACROMIAL.

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

20.12.2023

Mr SAHNAOUI Abdellatif

BON POUR LES SOINS PRODIGUES LE :20/12/2023

CONSULTATION SPECIALISEE =CS=300DH.

RADIOLOGIE 2Z8 =200DH.

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE  
CINQ CENT DIRHAMS =500DH.

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

