

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>04466</b>	Société : <b>R.A.M</b>	<b>157431</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RASSY ABDELAZIZ</b>			
Date de naissance : <b>1963</b>			
Adresse : <b>LOT. HAMZA N° 113 SIDI MAAREUF CASA</b>			
Tél. : <b>06 20 76 566</b>	Total des frais engagés : <b>547,90</b> Dhs		

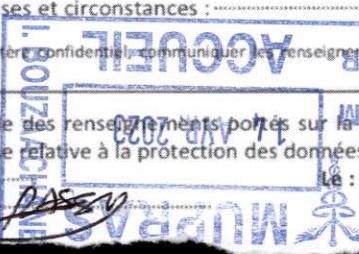
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation : <b>20/03/23</b>
Nom et prénom du malade : <b>Rassy Salaheddine</b>
Age: <b>2005</b>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Trismus</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : \_\_\_\_\_  
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
20/03/2023		1...2	210.00	INP : 0911111132 Dr. H. EL MOATAZ BILLAH Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue GSM : 0634 67 39 47

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/2023	97,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

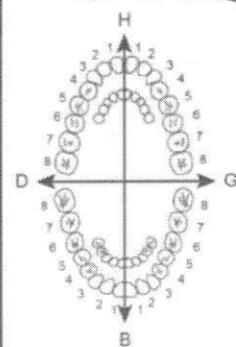
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
20/03/2023	R	200 DH Dr. H. EL MOATAZ BILLAH Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue GSM : 0634 67 39 47	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

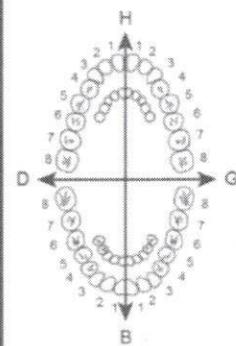
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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



## Casablanca, le

2010年2月

60.9°

Algebra 1B

37-3

\* Diesel

Aug. 27, 1971

97.9°

**Dr. H. EL MOATAZ BILAH**  
Chirurgien  
Orthopädie - Traumatologe  
Tel: 0634 67 39 47

37/00

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Kadiri et Bd. El Qods,

Résidence Nada, 1er étage Appt. №4, Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 58 00 89 - GSM: 06 34 67 39 47 - E-mail: hassanelmoata2@gmail.com

Dr. EL MOATAZ BILLAH El Hassane

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique

et Traumatologique Arthroscopie

Chirurgie et Traumatologie du sport

Diplômé de la faculté de médecine de CAEN (France)



الدكتور المعتز بالله الحسن

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بكاين فرنسا

Casablanca, le 26/10/2023

## FACTURE

NOM : RASSY .....

PRENOM : SLAHEDDINE

CONSULTATION : ..... 25.0 .... DH

RADIOLOGIE : ..... 20.0 .... DH

INGJECTION : ..... DH

PLATRE : ..... DH

TOTAL : FACTURE 150 ..... DH

PRENOM

CONSULTATION

CACHET ET SIGNATURE

Dr. El Moataz Billah  
Orthopédie - Traumatologie  
GSM: 0634 67 39 47

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Kadi et Bd. El Qods,

Résidence Nada, 1er étage Appt. N°4, Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 58 00 89 - GSM: 06 34 67 39 47 - E-mail: hassanelmoataz@gmail.com

Dr. EL MOATAZ BILLAH El Hassane

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique

et Traumatologique Arthroscopie

Chirurgie et Traumatologie du sport

Diplômé de la faculté de médecine de CAEN (France)



الدكتور المعتز بالله الحسن

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بـكـاـين فـرـنـسـا

Casablanca, le

٢٠١٧

Mr Zayn  
Sidi Maârouf

\* Rx Abst. 2nd mt Pk

Zad. injon

Dr. H. EL MOATAZ BILLAH  
Chirurgien  
Orthopédiste - Traumatologue  
0634 67 39 47

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Kadiri et Bd. El Qods,  
Résidence Nada, 1er étage Appt. N°4, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 58 00 89 - GSM: 06 34 67 39 47 - E-mail: hassanelmoataz@gmail.com