

## 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

- 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° W19-458087

43328

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7584 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMGHAR LAHOULINE  
 Date de naissance : 01/01/1954  
 Adresse : Bte 3 rue 17 HAY EL JODID  
 Azou Dir Agdal  
 Tél : 0666713308 Total des frais engagés : 747,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RACHID EL BAZ  
 TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
 Imm. Marhaba, Angle Bd. Med. Cheikh Saâdi  
 et Av. 29 Février 2<sup>e</sup> Etage Talbot - AGADIR  
 Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 97 58 48

Date de consultation : 22.07.2020  
 Nom et prénom du malade : AMGHAR LAHOULINE Age : 01.01.1954  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Combustion 1<sup>er</sup> degré

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 : Agdal Le : 22/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458087

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



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
27.7.20	CS		20000	INF: 041163235 <b>Dr. RACHID EL BAZ</b> TRAUMATOLOGUE CHIRURGIEN Jem. Martiaba, Angie Bo Med Cheikh Saadi 25, Avenue 23ème Taherit, AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.07.20	145,60
	13.08.20	201,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr. RACHID EL BAZ</b> TRAUMATOLOGUE - ORTHOPEDISTE Imm. Mohammadia - Med Cheikh et Av. 25 Février - El Eglise Talbourt - ALGER Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 18	23.04.20	220	200.00

[illegible]

\* 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. El BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hopital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

# الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني باكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي باكادير



Agadir le : 13/08/20

م. ع.م. لالمان

م.م. د.م. 20

1. د.م. 7 20

2880

22

106

24

3

Cap

3m

DR. RACHID-EL BAZ  
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février 2 - Etage - Agadir  
Tél.: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

PPV  
LOT  
PER

28,80



PPV  
LOT  
PER

28,90



28

10,60

10,60

50,70



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*  
Dr. FACH...  
TRAUMATOLOGUE  
Imm. Narkosis, Anästhesie, Notfall, Cheikh Soudi  
er für 20 Février 2012 / 02 08 37  
el 05 28 63 44 92 / 02 08 37

10,60

19,60

50,70



# Dr. El BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

# الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني باكاير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي باكاير



Agadir le : 29/07/20 ..... اكاير في

Amour la main

4580 x 2

①

I love doing

28, le matin + 10

27.00 x 2

②

TAMAL doing

145.60

Amour

Pharmacie  
Nouvelle d'Azrou  
Dr. Najat MOKRIM  
133 Bis Bloc 5 - Azrou  
Ait Melloul

Dr. RACHID EL BAZ  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
Imm. Mahaba 2ème étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi  
et Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR  
Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرحبا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير متاجر حات. اكاير الهاتف. 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48  
Imm. Mahaba 2ème étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février - Talborjt - Agadir  
Tél.: 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48 - sur Rendez vous - بالموعد

LOT 200664  
EXP 03 2025  
PPV 45 80

LOT 200433  
EXP 02 2025  
PPV 45 80

PPV 27 DH00  
PER 02-24  
LOT 1450



PPV 27 DH00  
PER 02-24  
LOT 1450





# Dr. EL BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

# الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني باكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي باكادير

Agadir le : 27 - 07 - 2020 اكادير في

## Note d'honoraires

Le docteur EL BAZ RACHID prie :

Nom : AMCHAR

Prénom : LAHOUCINE

D'accepter l'expression de sentiments distingués et lui présente suivant l'usage de sa note d'honoraire pour :

Consultation C2 : 200 DH

Radiographie : Mr Laouane Combarce 200 DH

400 DH

Acte chirurgicale :

Plâtre :

S'élevant à la somme de : 600 DH

Dr. RACHID EL BAZ  
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE  
Imm. Marhaba, Agadir - Med. Cheikh Saadi  
et Av. 29 Février 2<sup>e</sup> étage Talborjt - AGADIR  
Tél.: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

# Dr. El BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hopital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

# الدكتور الباز رشيد

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بإكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الإجتماعي بإكادير



Agadir le : ..... 27 ..... 07 ..... 2020 ..... أكادير في



AMGHAR LAHOUICINE

① compte rendu Radiologique

colonne lombaire ↙ ↘

discoarthrose lombaire

Dr. RACHID EL BAZ

TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE

Imm. Marhaba 2ème étage, Angle Bd. Med Cheikh Saâdi

et Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR

Tél.: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرحبا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير • تالبرجت • أكادير الهاتف : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Imm. Marhaba 2ème étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février • Talborjt • Agadir

Tél.: 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48 - sur Rendez vous - بالموعود