

## 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.

N° W19-440189

10530 X

<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>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input 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 MAAROUF CASA</b>			
Tél. : <b>668143380</b>	Total des frais engagés : <b>602</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin :			
 <b>21/09/2022</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie :			
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 : **CASA** Le : **21/09/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **ABSEN**



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement de
21/02/2022	c.2	250.0 H	INP : 09447711	Dr. H. EL MOATAZ Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue TSM: 0634 67 39 47

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IMAIMIA	21/02/2022	20 2,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

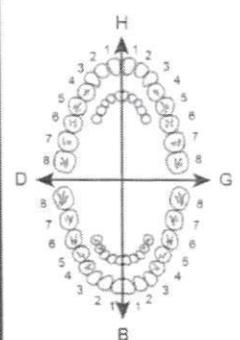
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. H. EL MOATAZ BILLAH Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue TSM: 0634 67 39 47	21/02/2022	750.0 H	750.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

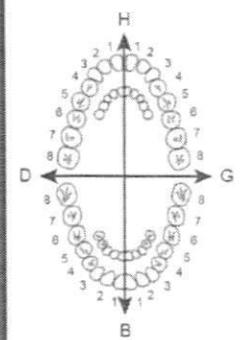
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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 بكين فرنسا

Casablanca, le

21/02/2022

PPV: 61DH50

PER: 11/24

LOT: K3097

82,10

LOT: 20004  
PER: 05/22  
PPV: 82DH10

EFFIPRED® 20 mg

PPV: 58DH40  
EXP: 08/2024  
LOT: 18015 3

Dr. H. EL MOATAZ BILLAH  
Chirurgien  
Spécialiste - Traumatologue  
Tél.: 0534 67 39 47

Rond-point Al Moustakbal, Angle Bd. Aboubakr El Kadir 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 والمقاصل

الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بكاين فرنسا

Casablanca, le 21/02/2022

## FACTURE

Nom : .....RASSY.....

Prénom : .....Boushra....

Consultation : .....250.....DH

Radiologie : .....150.....DH

Total : .....400.....DH.

Cachet et signature

Dr H. EL MOATAZ BILLAH  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Gsm: 0634673947

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 والمقاييس

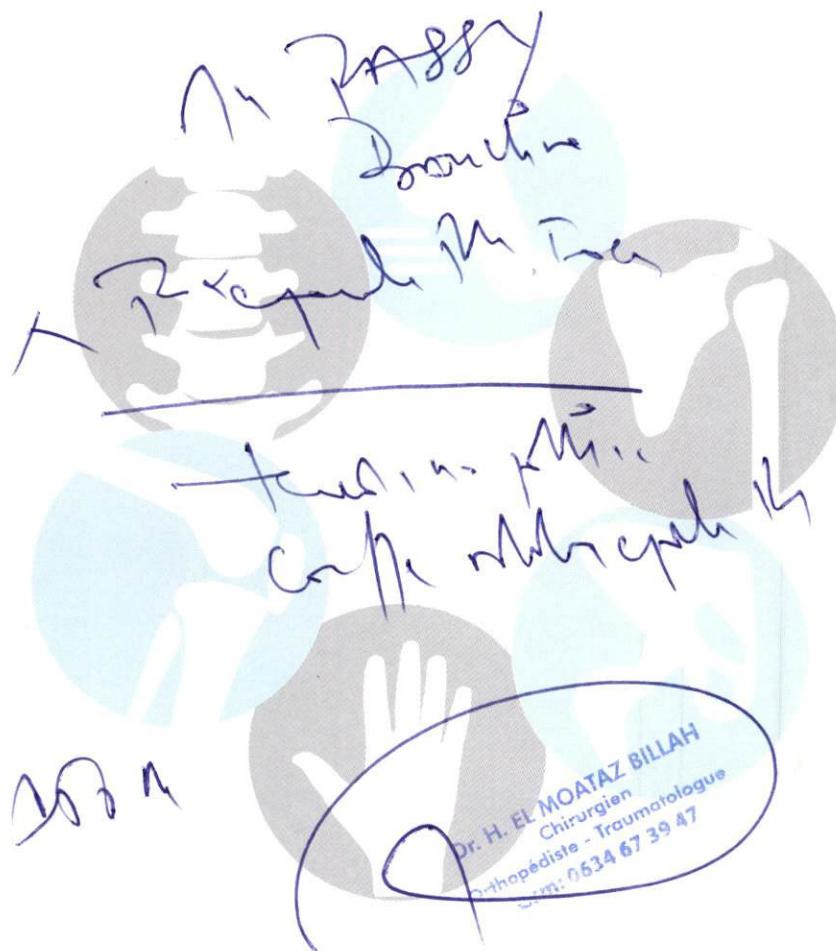
الجراحة بالمنظار

علاج الجروح الرياضية

خريج كلية الطب بكين فرنسا

Casablanca, le .....

٢١/٥/٢٠٢٢



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