

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-674003

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2600 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 155664

Nom & Prénom : AQALLAL ABDERRAZAK

Date de naissance : 10 10 1945

Adresse : 21 RUE MANSARD - Quartier PALMIER CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin **Dr S. I. GUISSOU**

Chir. Orthop/ Traumatologie
RPPS 10100748127 / AM 771008471
HPMC Brou Sur Chantereine

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.03.2023 Mars 2023

Nom et prénom du malade : AQALLAL ABDERRAZAK Age : 77

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CONTRÔLE ANNUEL CHIRURGIE PROTEGE GENOU DROIT

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

03 AVR 2023

Le : 27 10 2023

MUPRAS

ACCUEIL

I. BOUZACHANE

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

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 Mars 2023	APC a/h		5500	INP : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Dr S. I. GUISSOU Chir. Orthop/Traumatologie RPPS 40100748127 / AM 771008 HPMC Brou Sur Chanterei										

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur FERNAND MICHEL 06 ELECTORADIOLOGUE 19-21 route de Provins 77144 MONTEVRAIN 77 1 70368 3 00	2023 20/03/2023	NFQ K003	68,97€

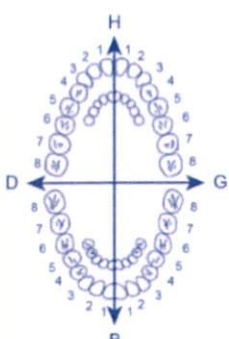
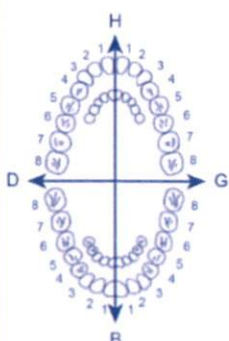
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 S. Isaac GUISSOU

Chirurgien Orthop/Traumatologue

Membre SOFCOT

Att. APHP/CHU H. Mondor Créteil

Praticien Hôpital Privé de Marne Chantereine

Rue Marie Curie

77177 Brou-sur-Chantereine

Tél: 01 64 72 74 33

N° AM :



771823382

N° RPPS :



10100748127

Le 06 mars 2023

Abderrazak AQALLAL

Né(e) le 10/10/1945

Ordonnance d'imagerie

Radiographie genou(x)

GENOU DROIT (Face et profil)

SCHUSS et DFP droit

Signé via Doctolib le 06/03/2023
Sonny Isaac GUISSOU

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/Traumatologie
RPPS 10100748127 LAM-771088471
Unité Privée de Marne Chantereine

Prise de RDV sur Doctolib ou via le secrétariat 01 64 72 74 33

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DU GALILEE
19-21 ROUTE DE PROVINS
77144 MONTEVRAIN
Tel : 01.60.21.75.75
Fax : 01.60.06.68.86

FACTURE MUTUELLE

Dossier n° : E2303059808

Facture n° : 230320572 Date de facture : 20/03/2023

Radiologue : Docteur FERNAND Michel 10003692398

Bénéficiaire

Nom : **AQALLAL**
Prénom : **Abderrazak**
Né(e) le : 10/10/1945
Rang : 1
Qualité : Monsieur

Assuré

N° INSEE :
AMO :

ACTES

Nomenclature	Dépense	Prix unit.	Base remb.	Taux	AMO	AMC
NFQK003		25.86 €	29.97 €		0€	0€

RECAPITULATIF

Part AMO : 0,00 €
Part patient dû : **68.97€**
Montant total de l'examen : 68,97€

Facture acquittée ce jour



PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **AQALLAL Abderrazak**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 0 1 0 1 9 4 5

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom **NA NA**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

26 ALLEE DES MARAICHERS 77700 CHESSY

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur FERNAND Michel

06 Radiodiagnostic et imagerie médicale

N°RPPS

=> 10003692398

Secteur 1

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom **Docteur MKHAITRATT Yahya (rpt)**

identifiant

1 0 1 0 0 8 5 9 2 1

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

RADIOLOGIE DE MONTEVRAIN

19-21 ROUTE DE PROVINS

77144 MONTEVRAIN

Tel:01.60.21.75.75

=> 77 1 70630 6

00 1 20 1 0 N° AM
CAB CONV ZISD -IKdispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**")
et les recommandations importantes)acte conforme au protocole ALD ☐action de prévention ☐autre ☐

accident causé par un tiers :

non ☐oui ☐

date

J J

M M

A A

A A

☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J

M M

A A

A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J

M M

A A

A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ☐

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique ☐urgence ☐hors résidence habituelle ☐médecin traitant remplacé ☐

accès hors coordination

☒

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépasse.	frais de déplacement
							I.D. I.C. M.D. nbre montant
2 0 0 3 2 0 2 3	N F Q K 0 0 3 1			Z	68,97€	DM	
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

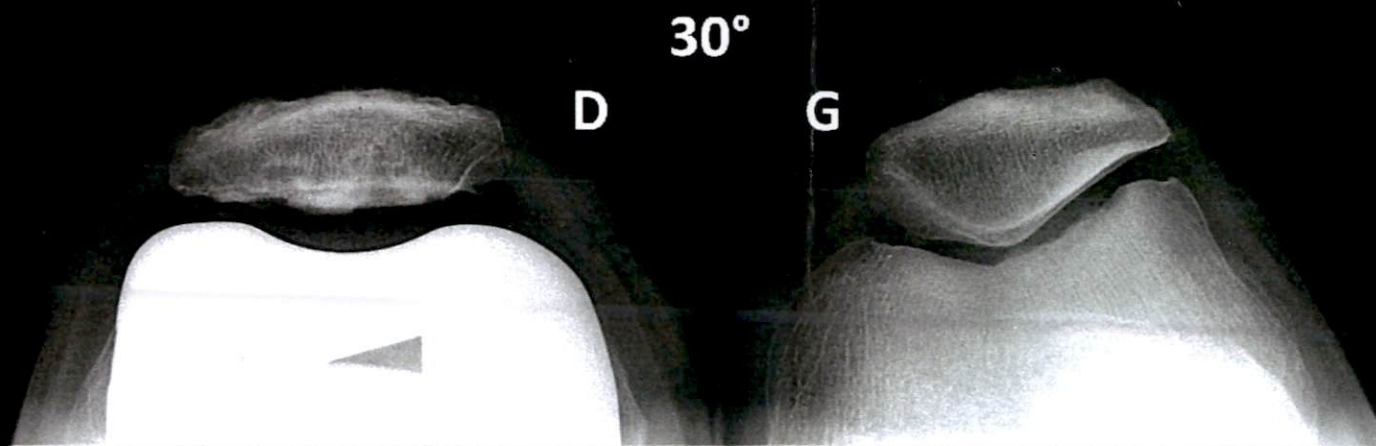
68,97€

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer ☐

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



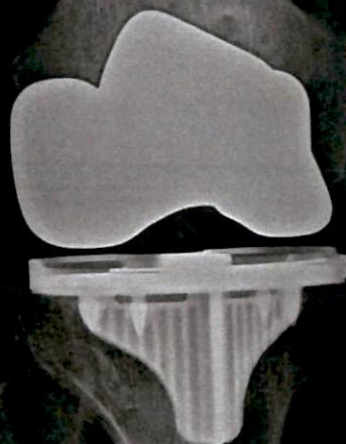
85°

AQALLAL Abderrazak (M)

Né(e) le : 10/10/1945

20/03/2023

D DEBOUT

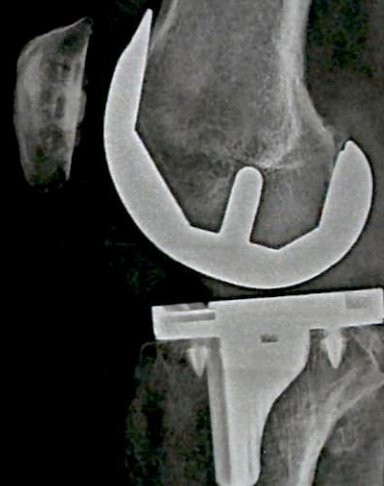


Mes Cal. 1.19

AQALLAL Abderrazak (M)

Né(e) le : 10.10.1945

D DEBOUT



Mes Cal. 1.19

20.03.2023

Identification du prescripteur

(nom, prénom et identifiant)

DOCTEUR SONNY ISAAC GUISSOU

41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONORAIRES

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

CENTRE MEDICAL CHILPERIC**56 BOULEVARD CHILPERIC****77500 CHELLES****=> 77 1 00847 1 00 3 31 1 41 n°AM**

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

A. CALLAL Abdouagah.
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

*docteur**20/07/2021*

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

*@ 12x Genex dt (F/R) + 12 PR dt -**@ schen -***Dr S. I. GUISSOU**

Chir. Orthop/ Traumatologie

RPPS 10100748127 / AM 771008471

HPMC Brou Sur Chantereine



CHELLES, Le

20/03/23

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/ Traumatologie

Membre SOFCOT

Praticien Att. APHP / CHU H. Mondor

Praticien Hôpital Privé de Marne Chantereine

A M : 771008471

RPPS 10100748127

FACTURE ACQUITEE POUR CONSULTATION SPECIALISEE

Je soussigné **Dr S. Isaac GUISSOU** certifie avoir reçu
Mr/Mme **AQALLAL ABDERRAZAK**

La somme de : **55** Euros

Correspondant au règlement des honoraires de consultation de
chirurgie orthopédique du : **20/03/23** de codage : **APC**

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit

Dr S. I. GUISSOU

Chir. Orthop/ Traumatologie
RPPS 10100748127 / AM 771008471
CMC/CHILPERIC CHELLES