

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0017603

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8529 Société : ANACHAR ACCAL

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ANACHAR

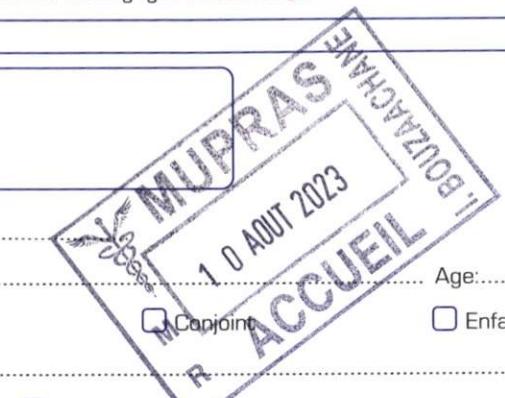
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-017603

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 : .....

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.

# 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.

Co

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8529	Société : Detraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL			
Date de naissance : 11/11/1959			
Adresse : 66 Meteo Villa GAV des FAR DCHAIRAEI Jinaida INEZGANE			
Tél. : 0661659211	Total des frais engagés : 4000 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04.07.23			
Nom et prénom du malade : ANA ASHAR ANASS Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sactum tendon fléchisseur du doigt droit			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **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
04-07-23	~		25000 IV	INP : L L H D E I B A Z Dr. RACHID EL HADJ AGADIR TRAUMATOLOGUE - CHIROPEDISTE Imme. Marhaba, Angle 2ème etage et Av. 29 Février 2ème étage Tél: 05 26 84 01 06 37 58 48

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. RACHID BAZI RAUMATOLOGUE - CHIRURGIEN D'ORTHOPÉDIE Marhaba Agadir - 2ème étage - 2ème étage - Agadir Tél: 05 29 84 64 92 / 06 08 27 58 48	04.02.23	t.2a	20000 !!

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. El BAZ Rachid

## CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

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 مرشيد

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصطناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الاجتماعي بأكادير



Agadir le : ٠٦.٠٢.٢٣ أكادير في :



AN Achar AN nowar

· cunpte main medysphu main oft  
↓

· absence de lame essieu

intubus articulus rupetis

Dr. RACHID EL BAZ  
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDISTE  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Med Cheikh Saâdi  
et Av. 29 Février \* Route 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 2 éme étage, Angle Bd. Med Cheikh Saâdi et Av. 29 Février \* Talborjt \* Agadir

Tél. : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48 - Sur Rendez vous - بللوعد -

# Dr. EL BAZ Rachid

## CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

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



Agadir le : ٢٤ ٠٧ ٢٣  
أكادير في :



## Note d'honoraires

Le docteur EL BAZ RACHID prie :

Nom : ANAS BOU

Prénom : A.N. BOU

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

Consultation C2 : 200 Dhs

Radiographie : Main droite 200 Dhs  
= 400 Dhs

Acte chirurgicale :

Plâtre :

S'élevant à la somme de : quatre-vingt Dhs

Signature

Dr. RACHID EL BAZ  
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
Imm. Marhaba, Angle Bd. Med. Cheikh Saâdi  
et Av. 29 Février 2<sup>e</sup> Etage Talborjt - AGADIR  
Tél: 05 26 91 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرجحا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير \* أكادير الهاتف : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Imm. Marhaba 2 éme étage, Angle Bd. Med Cheikh Saâdi et Av. 29 Février \* Agadir

Tél : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48 - Sur Rendez vous - بالموعد