

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Declaration de Maladie

N° W19-418506

129776

pay  
course

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1479

Matricule : 1479 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADUKI OMAR

Date de naissance : 1950

Adresse : BP 5558 Q.I AGADIR 80000

Tél : 0666 9210367 Total des frais engagés : 650,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : M. SAHLI Rabia Age : 70

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

Nature de la maladie : la course des deux genoux

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 18/09/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-418506

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1479  
Nom de l'adhérent(e) : CHADUKI O  
Total des frais engagés : 650,00

# 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
15/08/92	15 R7		850 1200	INF : 09103682

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

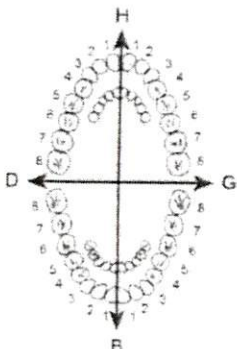

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]		
					MONTANTS DES SOINS [ ]	
				DEBUT D'EXECUTION [ ]		
				FIN D'EXECUTION [ ]		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse				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'EXE

## Dr. Fouad Ait Essi

Professeur agrégé de

Traumatologie - Orthopédie

- Ex enseignant à la faculté de médecine de Marrakech
- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie arthroscopique ( Université Paris VII )
- Chirurgie du sport
- Chirurgie de la main et des nerfs périphériques
- Chirurgie du pied et de la cheville  
(association française de chirurgie du pied)



## الدكتور فؤاد أيت السبي

استاذ مبرز في جراحة وتقويم العظام والمفاصل

- أستاذ بكلية الطب و الصيدلة براكش سابقا
- الجراحة التقويمية للمفاصل
- الجراحة بالمنظار ( جامعة باريس VII )
- الطب الرياضي
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية
- جراحة القدم و الكاحل ( الجمعية الفرنسية لجراحة القدم )

ITP:48106252

IF:75926110

ICE:001745158000036

Agadir, Le : 18/08/2022

**FACTURE N° : 2514/2022**

**NOM ET**

**PRENOM :**

M SAHLI RABIAA

**EXAMENS :**

(2) Radiographie

(1) 2ème consultation

**ORIGINE :**

AUTRE

**TOTAL PAYE :**

650,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**Six cent cinquante Dhs**

**Dr. FOUAD AIT ESSI**

18/08/2022 18:37

**Dr. Fouad Ait Essi**

**Professeur agrégé de**

**Traumatologie - Orthopédie**

- Ex enseignant à la faculté de médecine de Marrakech
- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie arthroscopique ( Université Paris VII )
- Chirurgie du sport
- Chirurgie de la main et des nerfs périphériques
- Chirurgie du pied et de la cheville  
(association française de chirurgie du pied)

IMPRESSION



**الدكتور فؤاد أيت السبي**

**استاذ مبرز في جراحة و تقويم العظام والمفاصل**

- أستاذ بكلية الطب و الصيدلة بمراكش سابقا
- الجراحة الترميمية للمفاصل
- الجراحة بالمنظار ( جامعة باريس VII )
- الطب الرياضي
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية
- جراحة القدم و الكاحل ( الجمعية الفرنسية لجراحة القدم )

18/08/2022

**Compte rendu radiographique**

**Mme M SAHLI RABIAA**

- Rx des deux genoux F+P en charge

genou droit ,prothese en place

genou gauche ,gonarthrose avancée gauche

**Pr AIT ESSI FOUAD**

**Dr. Fouad Ait Essi**  
Professeur agrégé de  
Traumatologie - Orthopédie

F: 75926110

CE: 001745158000036

**INP: 091036922**

شارع المقاومة زنقة واد ريز عمارة تفاوين E2 الطابق الأول عيادة رقم 4 - أكادير - الهاتف/ الفاكس : 05 28 82 42 32 - المستعجلات : 06 61 44 48 53  
Av. Al Mouquaouama, Rue Oued Ziz, Imm. Tifaouine E2, 1er étage, Cabinet N°4 - Agadir Tél/Fax : 05 28 82 42 32 - En cas d'urgence : 06 61 44 48 53

email: aiteessif@gmail.com

192.168.1.251/Cabinet/Rapport/Documents.asp?Model=A5&NumDoc=6317&AnneeDoc=2022

1/1

D

13/08/2022

65,5 %

15/08/2022

65,5 %

18/08/2022

69,8 %

15/08/2022

69,8 %

m sahli , rabiaa

01/01/1952

Cabinet d'Orthopédie Traumatologie -Pr F . AIT ESSI -AGADIR