

# 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 | adhésion@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

par courri

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1479 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHADOUKI OMAR

Date de naissance :

1930

Adresse :

BP 5558 Q-I AGADIR 80000

Tél. : 06 66 92 03 67

Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Fouad AIT ESCI  
Professeur agrégé de  
traumatologie - Orthopédie  
INP: 091036822  
F: 75026110  
C: 001745158000036

Date de consultation :

M'SAHLI RABIA Age: 70

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfa

Nature de la maladie :

Joint certificat d'assurance générale

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : AGADIR

Le : 18/10/2022

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) CHADOUKI

Total des frais engagés : 650,00

## **RELEVE 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
14/08/2022	FCP		850	INP : 091036821
	PRX		1400	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Tél/Fax: 05 88 82 11 11

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### Violet Adherent

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prie de preciser 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433753 \\  \hline  B &   \end{array}  G  $			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	<p>[Création, remont, adjonction]            Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la protection</p>			DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EVE

**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 السي**

أستاذ مبرز في جراحة و تقويم العظام والمقاييس

- أستاذ بكلة الطب والصيدلة برايس ساينا
- الجراحة التقويمية للمفاصل
- الجراحة بالمنظار ( جامعة باريس VII )
- الطب الرياضي
- جراحة اليد والأعصاب الطرفية
- جراحة القدم والكاحل ( 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**

**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**

أستاذ مبرز في جراحة و تقويم العظام والمقابل

- أستاذ بكلية الطب والصيدلة بمراكش سابق
- الجراحة التقويمية للمناظر
- الجراحة بالمنظار ( جامعة باريس VII )
- الطب الرياضي
- جراحة اليد والأعصاب الطرفية
- جراحة القدم والكاحل ( 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

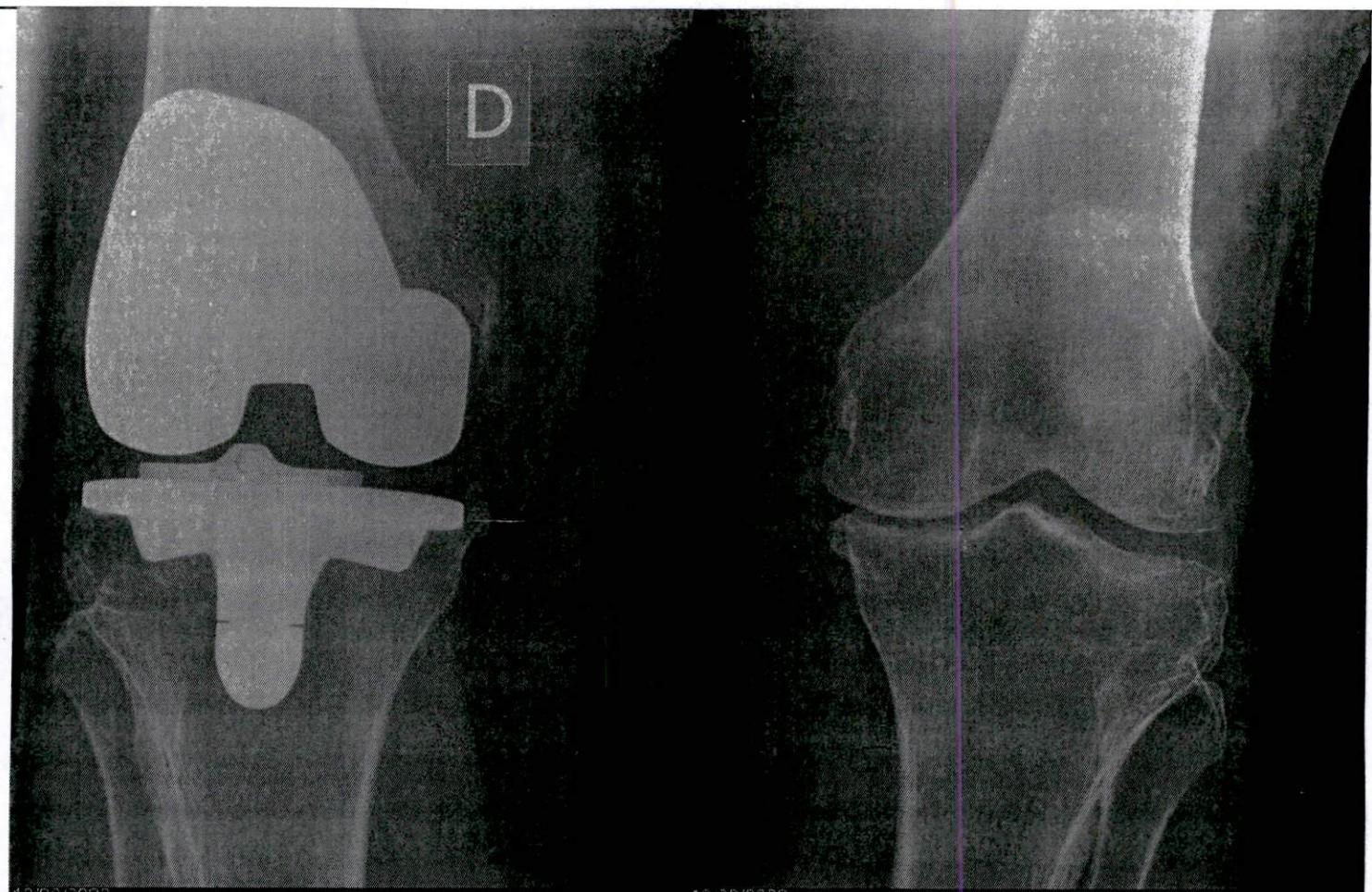
genou gauche ,gonarthrose avancée gauche

**Pr AIT ESSI FOUAD**

Dr. Fouad Ait Essi  
Professeur agrégé de  
Traumatologie - Orthopédie

F: 75926110  
INN: 001745158000036

INP: 091036822

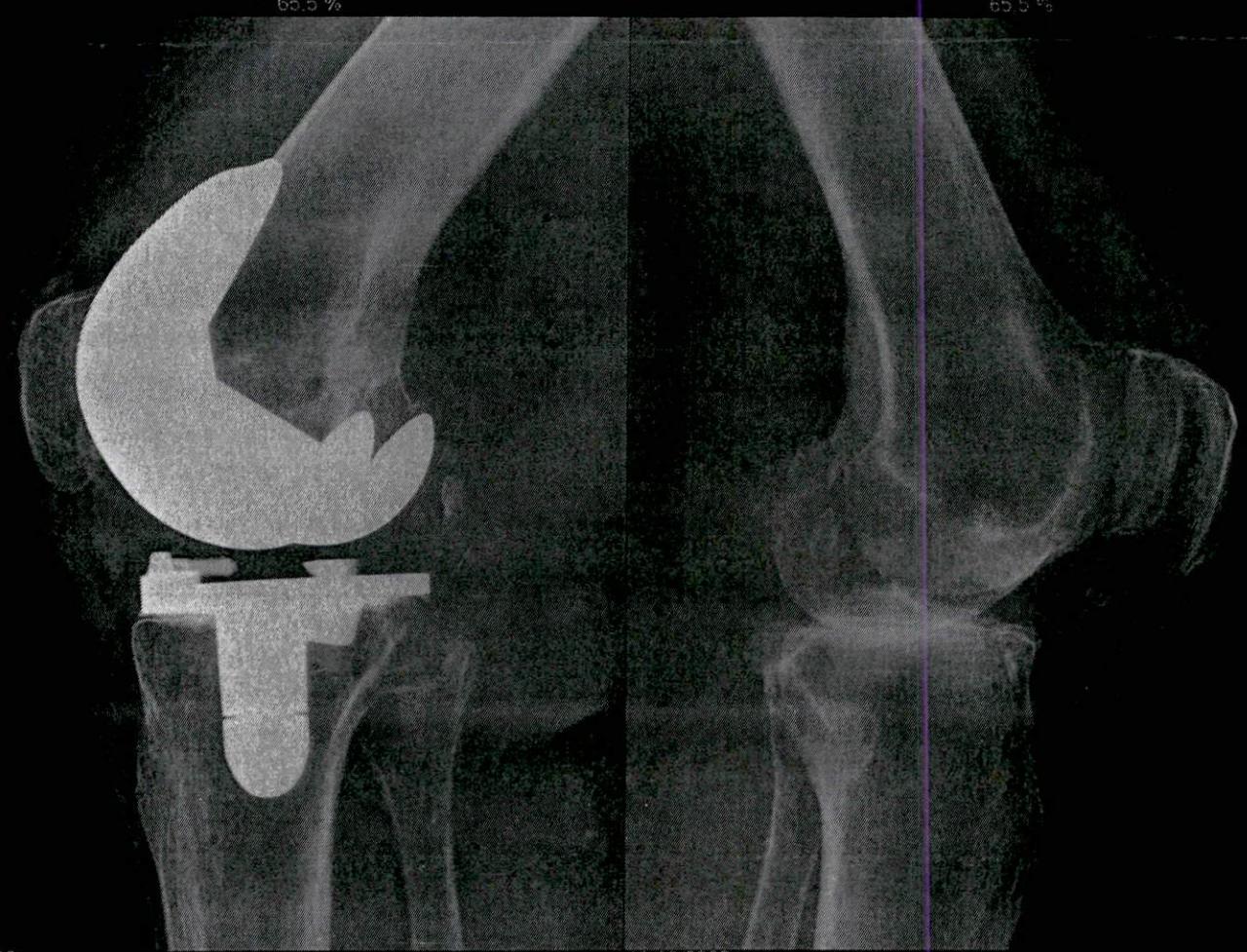


13/08/2022

65.5 %

18/08/2022

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