

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-540225

N° D. 35645

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5712 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENDIDANE ABDELKHALEK

Date de naissance : 16.10.1985

Adresse : 14. Lot Océan Dar Bouazza Casablanca

Tél. : 066 1176789 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Othmane KETTANI Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique 3, Rue Hab Mouk, Imm. Assafae Appt. 2, Secteur 9, Hay Riad, Rabat. Tél : 05 37 71 09 69

Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : BENDIDANE

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

Nature de la maladie : lésion de l'épaulé

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 : AB Le : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/07/10        | Consultation      | 1                     | 500,00                          | INP : 101101101  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Dr. Othmane El Hachimi  
Spécialiste en Chirurgie  
Stomatologique et Orthopédique  
3, Rue Hab Mouk, Imm. Assafae  
Secteur 9, Hay Riad - Rabat  
Tél : 37 71 09 89

### 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

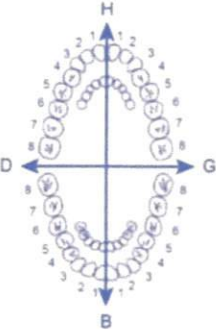
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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.

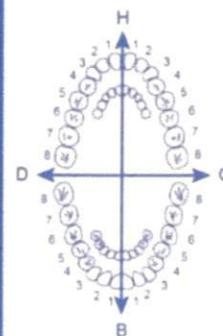
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             | 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

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

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



|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION





مركز أمراض وجراحة العظام والمفاصل الرياض  
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
العظام والمفاصل

Dr. Othmane KETTANI  
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE  
TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

01/07/2020

## BENDIDANE Nadim

### Radiographie épaule droite

présence de deux vis au niveau de la glène  
(Iatarjet)

Absence de solution de continuité

Absence de signes d'arthrose

Absence d'images suspectes au niveau des  
parties molles

Diplômé de la Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Ancien interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancien interne du CHU HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Arthroscopie Chirurgicale - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme de Chirurgie du Pied - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme interuniversitaire de Médecine du Sport - Faculté de Médecine - Université Denis DIDEROT - Paris

Dr. Othmane KETTANI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
3, Rue Hab Mlouk, Imm. Assafae  
App 2, Secteur 9 - Hay Riad - Rabat  
Tél : 0537 710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniothmane@gmail.com  
INPE : 101 167 468 - ICE : 00 165829000010 - CNSS : 414 4804 - TP : 255 70501

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad - Rabat (en face de la porte bleue de Mahaj Riad)

Tél-Fax : 0537-710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniothmane@gmail.com

INPE : 101 167 468 - ICE : 00 165829000010 - CNSS : 414 4804 - TP : 255 70501



مركز أمراض وجراحة العظام والمفاصل الرياض  
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
العظام والمفاصل

Dr. Othmane KETTANI  
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE  
TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

01/07/2020

## **BENDIDANE Nadim**

Consultation : 250,00

Radiographie épaule droite : 250,00

**TOTAL : 500,00**

Diplômé de la Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Ancien interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancien interne du CHU HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Arthroscopie Chirurgicale - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme de Chirurgie du Pied - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme interuniversitaire de Médecine du Sport - Faculté de Médecine - Université Denis DIDEROT - Paris

**Dr. Othmane KETTANI**  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
3, Rue Hab Mlouk, Imm. Assafae  
Appt. 2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 71 09 99

خريج كلية الطب والصيدلة لجامعة محمد الخامس - الرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي هنري مونودور - باريس

حصل على شهادة تحضير المفاصل الجراحية بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حصل على شهادة جراحة الأرجل بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حصل على شهادة الطب الرياضي بكلية الطب جوسر حيدرو - باريس

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad - Rabat (en face de la porte bleue de Mahaj Riad)

Tél-Fax : 0537-710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniothmane@gmail.com

INPE : 101 167 468 - ICE : 00 1658229000010 - CNSS : 414 4804 - TP : 255 70501