

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-540225

N° D
35645.



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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5712	Société : RAY		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENDIDANE ABDELKHALEK			
Date de naissance : 14.10.1985			
Adresse : 14. Lot oceau Dar Bouazza Casablanca			
Tél. : 066 147 6789	Total des frais engagés :	500 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Othmane KETTANI Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique 3, Rue Hab Mouk, Imm. Assia Secteur 9, Hay Riad, Rabat Tel: 05 37 71 09 09 Fax: 05 37 71 09 09 01 AOUT 2020			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 01/07/20 Nom et prénom du malade : BENDIDANE NACHIL SINGE RAM Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : lucalor Recidivante épaul.R 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **01/07/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Frais
01/07/20	Contrôle physique	1	500,00	INP : 10/10/2020 Dr. Othmane Moukadem, Spécialiste en Orthopédie et Traumatologie, Hab Mouk. Imm. 10, Avenue de l'Indépendance, Hay Riad, Casablanca, Maroc.

attestant le Paiement des Actes	
INP :	1014497
Dr. Othmane Chahine	
Spécialiste en Chirurgie	
Rhumatologique et Orthopédique	
3, Rue Hab Mouk, Imm. Assafae	
3, Secteur 9, Hay Riad - Rabat	
Tél. Fax : +212 37 71 09 99	
ICE 8 pt. 2	

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 Particulier	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

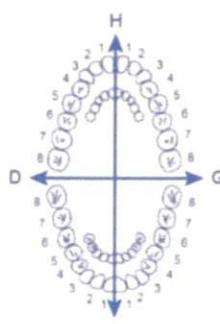
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																		



مركز أمراض وجراحة العظام والمعفاص الرياض
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني
المتخصصي في أمراض وجراحة
العظام والمعفاص

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 (latarjet)

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 Habib Bourguiba
Appartement 171
Hay Riad - Rabat
Téléphone : 0537-710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniothmane@gmail.com
Domicile : شارع حبيب بورقيبة 171
حي الرياد - الدار البيضاء - المغرب
Domicile : شارع حبيب بورقيبة 171
حي الرياد - الدار البيضاء - المغرب
Domicile : شارع حبيب بورقيبة 171
حي الرياد - الدار البيضاء - المغرب



مركز أمراض وجراحة العظام والمعافصل الرياضي
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني
اختصاصي في أمراض وجراحة
العظام والمعافصل

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

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

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

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad (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