

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-540223

N° d.: 35647

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5712 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bendidane Abdelkhalak

Date de naissance : 14.10.1965

Adresse : 14. lot O Ceau Dar Bouazza Casablanca

Tél. : 066117789 Total des frais engagés : 690 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Othmane KETTANI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
3, Rue Hab Mlouk, Imm. Assafae  
Appt. 2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat  
Tél. : 05 37 71 09 98

Date de consultation : 12/10/2020

Nom et prénom du malade : BENDIDANE Nadim Age: 54

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

Nature de la maladie : Maladie neurologique d'épilepsie

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 : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : AB



### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

**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



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
12/09/20	Cs + Ra Epaulé droit		500,00	INP : 1011670139

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
	13/02/20	B 160+ privt	190 DHs

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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			0000000	0000000			0000000	0000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	0000000	0000000																										
	0000000	0000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

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 ORTHOPÉDIE  
12/02/2020

## BENDIDANE Nadim

### Radiographie épaule droite

Absence de solution de continuité

Absence de signes d'arthrose

Absence d'images suspectes au niveau des parties molles

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

خرج كلية الطب والصحة العامة جامعة محمد الخامس - الرباط  
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي ابن سينا - الرباط  
طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي هنري مونودور - باريس  
حاصل على شهادة تصوير المفاصل الجراحية بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط  
حاصل على شهادة جراحة الأرجل بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط  
حاصل على شهادة الطب الرياضي بكلية الطب جوسر ديجرو - 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 : dkettaniothmane@gmail.com

INPE : 101 167 468 - ICE : 00 1658229000010 - 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

12/02/2020

## 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 HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

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

خرج كلية الطب والصيدلة لجامعة محمد الخامس - الرباط

طبيب داخلي سابقة بالمركز الإستشفائي ابن سينا - الرباط

طبيب داخلي سابقة بالمركز الإستشفائي هنري مونودور - باريس

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

حاصل على شهادة جراحة الرضبة بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حاصل على شهادة الطب الرياضي بكلية الطب جيسر جيسر - 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

## Facture

N° facture : 2020-1266

Edité le : 10/06/2020 14:49:22

Patient : Mr BENDIDANE Nadim

Date prélèvement : 13/02/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	40	53,60
TAUX DE PROTHROMBINE - INR	40	53,60
Total B	160	214,40
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		49,40
Total		190,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Quatre-Vingt-Dix dirhams \*\*\*