

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-014162

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005365 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : décédé 162417  
Nom & Prénom : Schmaoui Abderrahman  
Date de naissance : 24/09/1958  
Adresse : 26 pass zineb ennafzaoui hay enzaoui  
Berrechid  
Tél. : 06.72.17.40.41 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
**Dr. HIBA OTMANE**  
Traumatologie - orthopédie  
24, Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
Tél : 021240882  
Date de consultation : 02/05/2018  
Nom et prénom du malade : BASSINE FATIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : epine calcaneum  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : ..... 8



# 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
02/05/2023	C.S. + Radio Pied + Infirmité	3	2x0dh 200dh + 300dh = 750dh	
<b>Dr.HIBA OTMANE</b>				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

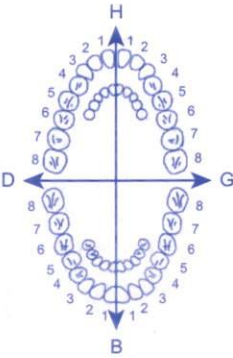
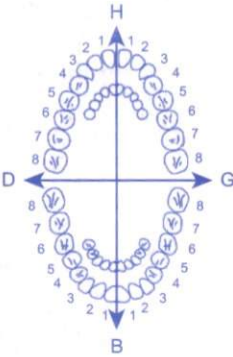
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبه عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

## **FACTURE**

**Nom du Patient : BASSINE FATIMA**

**Date : 02/05/2023**

**Organisme : PAYANT**

<b>CONSULTATION</b>	<b>250.00 DH</b>
<b>RADIOGRAPHIE DU PIED</b>	<b>200.00 DH</b>
<b>INFILTRATION</b>	<b>300.00 DH</b>
<b>TOTAL</b>	<b>750.00 DH</b>

### **La Réception**

**Dr.HIBA OTMANE**  
**Traumatologie - orthopédie**  
**24 , Bd Brahim Roudani**  
**Lot Al maghrib Al jadid Berrechid**  
**INPE: 021240882**  
**BERRECHID LE: 0210512023**

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com  
24, شارع براهم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com

Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبه عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

## COMPTE RENDU DE RADIOGRAPHIE DU PIED PROFIL

**Nom du Patient : BASSINE FATIMA**

**Date : 02 /05/2023**

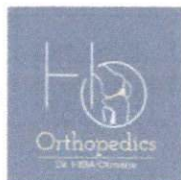
- Présence d'une épine calcanéenne pointue.
- Articulation de cheville sans particularités.
- Trame osseuse légèrement ostéoporotique.
- Reste du bilan sans particularités.

**Dr.HIBA OTMANE**  
Traumatologie - orthopédie  
24 , Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882  
BERRECHID LE: 02/05/2023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com  
24, شارع براهم الروداني, تجزئة المغرب الجديد, الطابق السفلي, برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com



Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبه عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

# **DEMANDE RADIOGRAPHIE**

## **DU PIED**

**Nom du Patient : BASSINE FATIMA**

**Date : 02 /05/2023**

**Dr.HIBA OTMANE**  
Traumatologie - orthopédie  
24 , Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882

BERRECHID LE: 02/05/2023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteurothmane4@gmail.com  
24, شارع براهيم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteurothmane4@gmail.com