

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8396 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre : Rehente

Nom & Prénom : ABBAFINASSE

Date de naissance : 6 - 6 - 64

Adresse :

Tél. : 0673721280 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Majid BENNANI**  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61 Rue OUM ERRABIE / Angle Av. ATLAS  
Agdal, Rabat - Tel: 05 37 68 64 39  
Fax: 05 37 68 64 38 - GSM: 06 61 22 24 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2021

Nom et prénom du malade : ABBAFINASSE OMARNE

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : RABAT

Le : 03/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

## **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
03/04/21	G			

## **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
	03/07/21	229	RENNANI Traumatologue 18000
			18000
			18000
			18000

AUXILIAIRES MEDICAUX

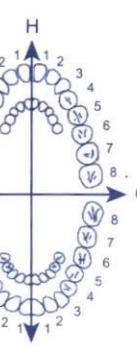
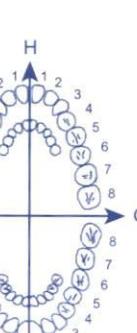
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

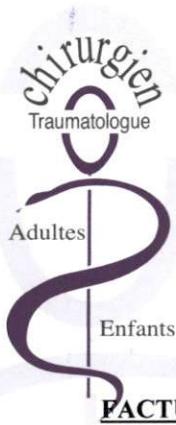
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Adultes et Enfants

Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris  
(Lauréat de la Faculté Saint - Antoine)

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Chirurgie du Sport - Arthroscopie  
Chirurgie de la Main - Microchirurgie  
Pathologies de la colonne vertébrale



الدكتور مجيد بناني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصيل  
للكبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة بباريس  
جراح سابقًا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروscopic  
جراحة اليد والجراحة المكروscopicية  
أمراض العمود الفقري

ICE 0015808100000 70  
REF BEN/CSCAB/MUPRAS/2021/04

Nom : ABOUFIRASSE  
Prénom : OTMANE

C2 300,00DH

Bilan Radiographie: RACHIS CERVICAL F/P 400,00DH

TOTAL

700,00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de SEPT CENT DIRHAMS

Dr. Majid BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61, Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38  
Gsm : 06 61 22 24 33  
CNSS : 6781430 - I.C.E. : 00158081000070 - I.F. : 34313779 - INP : 101024982 - PATENTE (TP) : 25735933

61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38

Gsm : 06 61 22 24 33

61، ملتقى شارع الأطلس وأم الربيع - أكدال - الرباط  
الهاتف : 05 37 68 64 39 - الفاكس : 05 37 68 64 38

الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33

CNSS : 6781430 - I.C.E. : 00158081000070 - I.F. : 34313779 - INP : 101024982 - PATENTE (TP) : 25735933

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Adultes et Enfants

Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris  
(Lauréat de la Faculté Saint - Antoine)

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Chirurgie du Sport - Arthroscopie  
Chirurgie de la Main - Microchirurgie  
Pathologies de la colonne vertébrale



الدكتور مجيد بناني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاسد  
للكبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة بباريس  
جراح سابقًا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتوسکوبی  
جراحة اليد والجراحة المكروسكوبیة  
أمراض العمود الفقري

Rabat, le

03/07/2021

Nom ABOUFIRASSE

Prénom OTMANE

**Radiographies pratiquées :**  
RACHIS CERVICAL F/P

### **COMPTE RENDU**

ABSENCE DE LESIONS OSSEUSES TRAUMATIQUES OU DEGENRATIVE

Dr. Majid BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38  
Gsm : 06 61 22 24 33

61, ملتقى شارع الأطلس وأم الربيع - أكدال - الرباط  
الهاتف : 05 37 68 64 39 - الفاكس : 05 37 68 64 38  
الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33  
CNSS : 6781430 - I.C.E. : 001580810000070 - I.F. : 34313779 - INP : 101024982 - PATENTE (TP) : 25735933