

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



188692

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014867

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10106 Société : R-A-M
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : DRISS KRIM Date de naissance : 10-4-59
 Adresse : Lot Al maghrib Berrechid
 Tél. : 061266078 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Traumatologie - orthopédie

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/12/2023
 Nom et prénom du malade : DRISS KRIM Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : luxation de l'épaule
 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 : Berrechid Le : 20/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

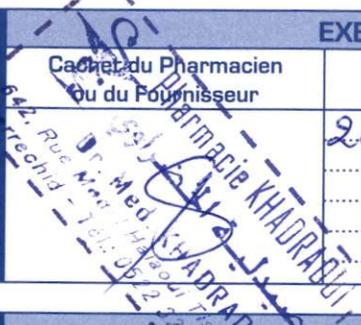
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'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 Soins
20/12/2013	C\$		2500DH	
	INF		3000DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	215,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/2013	RD	200DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

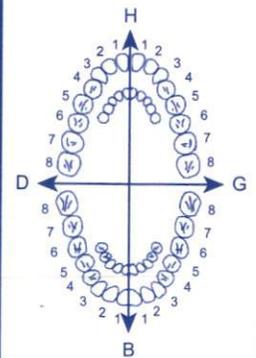
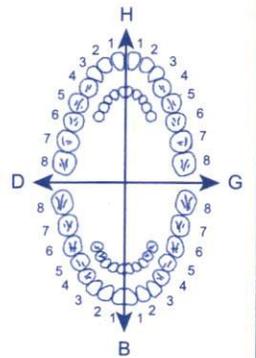
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

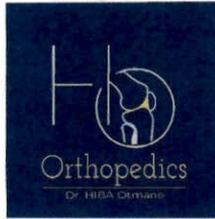
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			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 OTMANE HIBA

Chirurgien orthopédiste-traumatologue
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital d'Orsay (France)
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital Hassan II de Berrechid



الدكتور عثمان هيبه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب جراح سابق بمستشفى أورساي (فرنسا)
طبيب جراح سابق بمستشفى الرازي ببرشيد

Le Dr / HIBA OTMANE

M^r Dr-15 Br

76,60

M

Arnim 90 mg



(mg)

22,100

M

Cedol



(mg)

94,100

3)

Mydoflen



(mg)

52,80

ur

Amlicer 100 mg



(mg)

Pharmacie KHADRAOUI
صيدلية الخضراوي
642, Rue Med. Halaoui
Berrechid - Tel: 052240882

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

T= 245,20

24, شارع ابراهيم الروداني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Rdc - Berrchid

البريد الإلكتروني : Docteurothmane4@gmail.com : الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015

GTIN: 0611800260850
LOT: 4048
WFG: 09/2022
EXP.: 09/2025
PPV: 94Dhs00



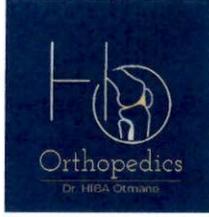
LOT : 231507
EXP : 10/2026
PPV : 76,60DH

AMMN*: 569/17 DMP/21/NRQ
LOT: 22192
PER: 05/2025
PPV: 52,80 DH

22,00 ▲

Docteur OTMANE HIBA

Chirurgien orthopédiste-traumatologue
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital d'Orsay (France)
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital Hassan II de Berrechid



الدكتور عثمان هيبه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب جراح سابق بمستشفى أورساي (فرنسا)
طبيب جراح سابق بمستشفى الرازي ببرشيد

FACTURE

Nom du Patient : DRISS KRIM

Date : 20/12 /2023

Organisme : PAYANT

QTE	INTITULE	MT
1	CONSULTATION	250.00 DH
1	RADIOGRAPHIE	200.00 DH
1	INFILTRATION	300.00 DH
	TOTAL	750.00 DH

La Réception

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

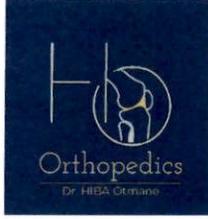
24, شارع ابراهيم الروداني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Rdc - Berrchid

البريد الإلكتروني : Docteurothmane4@gmail.com : الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015

Docteur OTMANE HIBA

Chirurgien orthopédiste-traumatologue
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital d'Orsay (France)
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital Hassan II de Berrechid



الدكتور عثمان هيبية

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب جراح سابق بمستشفى أورساي (فرنسا)
طبيب جراح سابق بمستشفى الرازي ببرشيد

DEMANDE DE RADIOGRAPHIE
DES DEUX GENOUX FACE EN
CHARGE

Nom du Patient : DRISS KRIM

Date : 20 /12/2023

La Réception

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

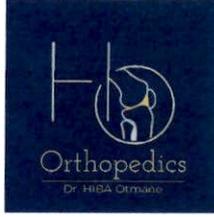
24, شارع ابراهيم الروداني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Rdc - Berrchid

البريد الإلكتروني : Docteurothmane4@gmail.com : الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015

Docteur OTMANE HIBA

Chirurgien orthopédiste-traumatologue
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital d'Orsay (France)
Ancien chirurgien orthopédiste à
l'hôpital Hassan II de Berrechid



الدكتور عثمان هيبه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب جراح سابق بمستشفى أورساي (فرنسا)
طبيب جراح سابق بمستشفى الرازي ببرشيد

COMPTE RENDU DE **RADIOGRAPHIE DES DEUX** **GENOUX FACE EN CHARGE**

Nom du Patient : DRISS KRIM

Date : 20 /12/2023

- Gonarthrose bilatérale stade 3 avec pincement articulaire et osteophytose.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Reste du bilan sans particularité.

Dr.HIBA OTMANE
Traumatologie - orthopédie
24, Bd Brahim Roudani
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid
INPE: 024240882

24, شارع ابراهيم الروداني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24,Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Rdc - Berrrchid

البريد الإلكتروني : Docteurothmane4@gmail.com : الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015