

# 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.



188692  
Déclaration de Maladie : N° P19- 0014867

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS KRIM Date de naissance : 10-4-59

Adresse : Lot Al maghrib Al jadid Berrechid

Tél : 061266078 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Traumatologie - orthopédie

Cachet du médecin :

24, Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882

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 : Ignorée et latérale

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	<b>Dr. HILAL KHADRAJ</b> Traumatologie - orthopédie 24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Berrechid INPE: 021240882
	INF		3000DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	245,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Dr. HILAL KHADRAJ</b> Traumatologie - orthopédie 24, Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Berrechid INPE: 021240882	20/12/2013	RD	2000DH

# 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.

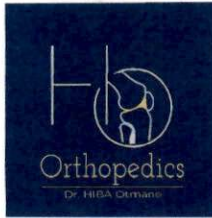
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <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>		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"/>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

la 1/7/2019

M. Dr. HIBA OTMANE

76,60

M

Arnim 90 mg

22,100

M

Cedol

94,100

31

Mydoflen

52,80

ur

Amlicen 100 mg

T= 245,40

Pharmacie KHADRAOUI  
642, Rue Med. Halaoui  
Berrechid - Tel: 05 22 03 93 13  
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 - Berrechid

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

GTIN: 0611800260850  
LOT: 4048  
MFG: 09/2022  
EXP: 09/2025  
PPV: 940hs00



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 ▲

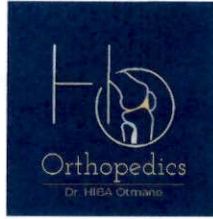


**Docteur OTMANE HIBA**

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
	<b>TOTAL</b>	<b>750.00 DH</b>

**La Réception**

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

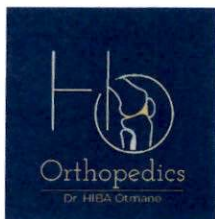
24, شارع ابراهيم الروداني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24, Bd Brahimi 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

**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

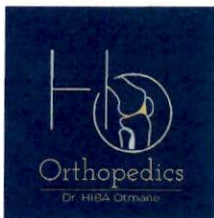
البريد الإلكتروني : Docteurothmane4@gmail.com : الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015

**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