

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-522592

Manque
Compte rendu
Radios

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7282 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABOU FIRASSI Khalil
 Date de naissance : 19/02/1968
 Adresse : 174 Avenue LAYMOUNE Casa
 Tél. : 0661157182 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. BENKIRANE Hind

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél.: 05 22 90 78 09

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2024
 Nom et prénom du malade : ABOU FIRASSI KHALIL Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lend + path de MUPRAS + gros
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Lend + path
 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) :

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
12/02/24	105			Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tel: 05 22 90 78 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Linaya	12/02/24	641,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/02/24	Zho Zpale SDO/10	
	14/02/24	Gpale SDO/10	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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'O.D.F.

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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B		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

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOU

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le, 13/02/2024

DR. HIND BENKIRANE

Mr. ABOUFIRASSI KHALIL

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE EPAULE DROITE

Technique :

Examen réalisé par sonde superficielle de haute fréquence, avec étude comparative avec le coté controlatéral.

Résultat :

- Tendon sus épineux d'épaisseur normal, siège en regard de son insertion distale de quelques irrégularités de la surface osseuse, en rapport avec une tendinopathie, sans signe de rupture ou d'hyperhémie focale au Doppler couleur.
- Tendons sous épineux et sub scapulaire d'épaisseur normal, d'échostructure homogène.
- Tendon de la longue portion du biceps en place, d'épaisseur et d'échostructure homogènes.
- Absence d'épanchement articulaire décelable.
- Intégrité de la bourse sous acromio deltoïdienne.
- Absence de signe de conflit sous acromio claviculaire.
- L'étude de la zone douloureuse de la face postéro latérale du tiers supérieur du bras, n'a pas trouvée de lésion musculaire décelable.

Au total :

Aspect d'une discrète tendinopathie d'insertion du tendon sus épineux, sans signe de tendinite aigue ou de rupture décelable.

Dr. BELHOUCINE A. FATTAH
Radiologie Imagerie du Sein - Casablanca
Résidence les Fleurs - 59 Bd Zerktouni
Dr. A. BELHOUCINE
Angle rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 99 88 11 11 - INPE : 091010724

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 34122 Mot de Passe : 8357

Dr A. Fattah BELHOUCHE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 13/02/2024

Facture N° 861/24

Nom patient : **ABOUFIRASSI KHALIL**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE EPAULE DROIT**

Montant : **500 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH**

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59 Bd Zerkoutouni
Angle rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11
I.F. : 11155055000004

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale

**ابن النفيس**

التصوير الطبي والاشعاعي

FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	14/02/2024
DATE EXAMEN	14/02/2024

ABOUFIRASSI KHALIL

Désignation	Montant
EPAULE DROITE F/P	300,00
<u>TOTAL</u>	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de TROIS CENTS DHS

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

Hind BENKIRANE

en Médecine Physique
et Fonctionnelle

à la faculté de médecine de Liège

Centre des Hôpitaux

Montpellier

Pathologie du Sport de Paris

Physiologie de Montpellier

Pathologie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

Pathologie de choc

PRP

Myographie

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

- التخطيط الكهربائي

Casablanca Le :

12/2/2024



M^{re} Abdelfirouss
URP-P

149,50

curarti

1 cp 2x18 - 8 jours

49,60

1 cp 10

Relash

2 cp au coucher (7j)

198,00 1 cp

Noxceptol

14,00 1 cp 2x18

Nyoblex 150

49,10 1 cp 3x1

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 0522 90 78 09



GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP: 10 2025
PPV: 9408500

LOT PVC: 198.00

C133
2024-04

CNK 3259-850



طابق السفلي قرب شركة رونو داسيا - الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse
- Thérapie par onde de choc
- Thérapie par PRP
- Electroneuromyographie

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بليج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

- التخطيط الكهربائي

Casablanca, Le :

12/02/2024

M^r Aboufirassi
M.P.O.P.

R α c p a u l e A K < F p

Arism-m
ag. 885

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél.: 06 22 90 78 09

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
IBN NAFIS
Radiologie & Imagerie Médicale
532, Bd. Panoramique, Casablanca

102, شارع أم الربيع، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا RENAULT الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia RENAULT Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com