

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7809**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENMOUSSA YASSIR**

Date de naissance : **9/8/69**

Adresse : **19 Rue July Gras 0455**

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au **Docteur Abderrahman BENABDENNE**

Cachet du médecin :

TRAUMATO - ORTHOPÉDIQUE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa
2^{me} Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél. : 0522 44.83.39 - Fax : 0522 44.93.42
IPE : 091020265

Date de consultation : **24/8/2011**

Nom et prénom du malade : **BENMOUSSA YASSIR**

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **EPILEPSIE**

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 : **CASABLANCA**

Le : / /

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
24/8/2021	6		300,00	 Dr Abderrahman BENABDENI CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE Spécialiste en TRAUMATO-ORTHOPÉDIE Bd. de la Résistance - Casablanca 2ème Etage N° 204 - Résidence CASA Tél.: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.39 IPE - 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Rives 25,00 83 C	2019.08.21	T = 425,10 DTI

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
23, Rue Sebta Casablanca	21/8/74	k30	500,00

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																													
	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 PROTHÉSES DENTAIRES																									
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>30000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>					H			25533412	30000000	21433552	30000000	00000000	00000000	D			00000000	00000000	00000000	B			25533411	11433553	
				H																									
				25533412	30000000	21433552																							
30000000	00000000	00000000																											
D																													
00000000	00000000	00000000																											
B																													
25533411	11433553																												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																													

LOT 20004
PER 05/22
PPV 82DH10

82,10



P.P.V : 37,00
LOT :
EXP :

P.P.V : 37,00
LOT :
EXP :

**Docteur Abderrafi BENABDENNB
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE**
Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse
Assermenté Auprès des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tel. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام والمفاصيل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء.
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضا، 1
الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء.
الهاتف : 05 22 44 93 39 - الفاكس : 05 22 44 93 42

Casablanca, le 24/18/21 الدار البيضاء، في

BENMOUSSA YASSINE



Syndrome Don Winkel
Fracture
Lesion Coraco Brachialis (Anatomie)

Echographe Cour

Dr. Abderrafi BENABDENNB
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
Assesme. 204 - CASA 1
Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42
e-mail : abdenb@casamail.com

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 24/08/2021

Facture N° 2934/2021

Nom patient : BENMOUSSA YASSINE

Examen(s) réalisé(s) :
ECHOGRAPHIE DU COUDE:

Montant : 500 DH
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENT DIRIAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

Radiologie Sebta 23



الفحص بالأشعة
سبتة 23

IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie Guidées

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EI HASSANI

Casablanca , le 24/08/2021

Dr. BENABDENBBI Abderrafi

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e) , **BENMOUSSA YASSINE**

ECHOGRAPHIE DU COUDE DROIT

Les structures tendineuses et musculaires présentent un aspect normal.

Absence d'épanchement articulaire visible.

Absence de lésion osseuse.

Axes vasculaires libres.

Conclusion/

Examen échographique ne montrant pas d'anomalie.

