

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-723449

*Ch  
Voi le suis*  
*142432*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6937* Société : *RAM*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *ESSAKNI MOSTAFA*

Date de naissance : *23/11/1980*

Adresse : *MARJAN RO 11 20880*

Tél. : *0661052145* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur **Abderraf BENABDENBI**  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
Bd. de la Résistance - Résidence Casa :  
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA  
Tél.: 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42  
IPE : 091020255

Cachet du médecin :

Date de consultation : *09/09/2022*

Nom et prénom du malade : *ESSAKNI MOSTAFA* Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *GANGRENE 3° D'ETAIL GARGUE*

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

**Docteur Abderrafi BENABDENNE**  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO ORTHOPEDISTE  
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1  
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA  
Tél: 0522.44.80.39 - Fax: 0522.44.93.42  
IPF: 091020255

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

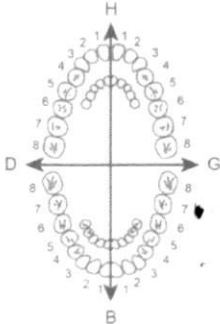
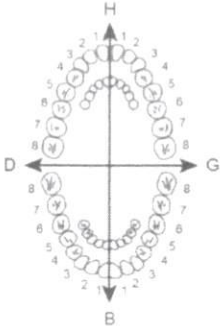
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Docteur Abderrafi BENABDENNE</b> <b>CHIRURGIEN</b> <b>TRAUMATO - ORTHOPEDISTE</b> 38, de la Résistance - Residence Casa 1 1 <sup>er</sup> Etage N° 204 - CASABLANCA Tel: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.42 IPE: 091020234	09/01/2022	Pharmacie - 104 Soins				1400,00
	(Don Saché S.V.P)	12/9/2022				}
		14/9/2022				
		16/9/2022				
		19/9/2022				

# **RELATIF 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>														
<p align="center"><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <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>D</th> <th>G</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> <p align="center"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Abderr

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 I

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرشيد بن عبد الحسي  
طبيب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء  
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le 06/07/25 في الدار البيضاء

ESSAKNI, M. STAFFA

LA FLX 500

1 4 2 x 1' x 10g

Docteur Abderr  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
2ème Etage N° 204 - Résidence Casa I  
Bd. de la résistance - Casablanca  
Tél. : 05 22 44 93 39  
Fax : 05 22 44 93 39  
IPE : 091020255

DOCTEUR Abderrafi BENABDENNBI  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE

NOM : ESSAKNI  
PRENOM : MOSTAFA  
DATE : 09/09/2022  
DIAGNOSTIC : AMPUTATION M  
D DROIT G  
ACTES :  
GANCERNE ET DROIT G

FACTURE

SALUE + Ami	200,000
Pharmacie : Compose	
LIDOCARNE 2/	
Gel n°2	
Bistouri	
Becheri, large. Spun. Band de g.	
Sains : 04 x 100 n (DU 12/09/2022 AU 19/09/22)	400,000
k30	600,000
TOTAL :	2000,000

SIGNEE : Dr A.BENABDENNBI

Docteur Abderrafi BENABDENNBI  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1  
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA  
Tél.: 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42  
IPE : 091020255

BD ,DE LA RESISTANCE - RESIDENCE CASA 1,2<sup>ème</sup> ETAGE Appt n° 204  
TEL : (0522) 44 93 39 / PATENTE N°: 33319270/N°INP :091020255