

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTE

## IRE 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.

N° W21-723449

Cr  
vo  
le  
soins

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                     |  |   |  |
| Matricule : <b>6937</b>                            | Société : <b>RAM</b>                             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Actif                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre          | <b>142132</b>                          |
| Nom & Prénom : <b>ESSAKN MOSTAFA</b>               |  |   |  |
| Date de naissance : <b>23/11/1962</b>              |  |   |  |
| Adresse : <b>MAISON RE 11 02 08000</b>             |  |   |  |
| Tél. : <b>0610521465</b>                           | Total des frais engagés : <b>Dhs</b>             |   |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin : <b>Docteur Abderrafi BENABDENNE</b><br><b>CHIRURGIEN</b><br><b>TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE</b><br><b>Bd. de la Résistance - Résidence Casa</b><br><b>2ème Etage N° 204 - CASABLANCA</b><br><b>Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42</b><br><b>IPE : 091020255</b> |                                 |  |
|   | Cachet du médecin :   |                                 |  |
| Date de consultation : <b>09/03/2022</b>  |   |                                 |  |
| Nom et prénom du malade : <b>ESSAKN MOSTAFA</b>   |   | Age :                           |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint   | <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Nature de la maladie : <b>GANGRENE 3' DETEL GAUCHE</b>  |   |                                 |  |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

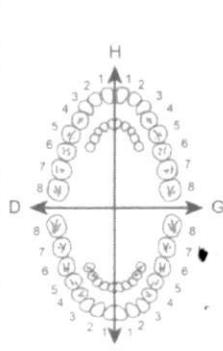
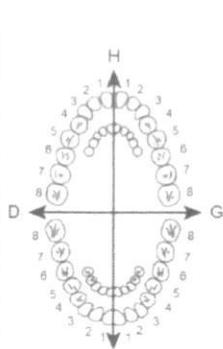
| Cachet et signature<br>du Particier   | Date des<br>Soins            | Nombre |    |   |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|------------------------------|--------|----|---|----|------------------------------------|
|   |                              | AM     | PC | IM  | IV |                                    |
| Docteur Abderraf BENABDENNI<br>CHIRURGIEN<br>TRAUMATO-ORTHOPÉDISTE<br>Ed. de la Résistance - Résidence Casa<br>Etage N° 204 - CASABLANCA<br>Tel. 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42<br>IPE : 09.10.20236 | 09/09/2022<br>John Fahe SV.P |        |    | Pharmacie - 104 Soins<br>12/9/2022<br>14/9/2022<br>16/9/2022<br>19/9/2022 |    | 1450,-Dhs                          |

## RELÈVE 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  | 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"/>         |  |
|   | <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   |   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b> |  |  |
|   |  | $  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & 00000000 & 00000000 \\  G & &   \end{array}  $ |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|   |  |   |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |
|   |  |   |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |
|   |  |   |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |

Docteur Abderrahmane

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

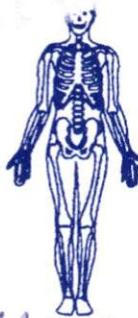
Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



Casablanca, le ..... 06/12/25

الدكتور عبد الرحيم بن عبد النبي  
طبيب جراح في العظام والمفاصل  
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

ESSAKN, M. STA FA

LRN FLX SDO

1 4 2 x 1 x 1 80

Docteur Abderrahmane BENABDEBNIR  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
Bd. de la résistance N° 204 - Casablanca  
Télé. 0522 44 93 39 - Fax: 0522 44 83 42  
ID: 09102020255

DOCTEUR Abderrafi BENABDENBNI  
CHIRURGIEN  
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE

NOM : ESSAKNI  
PRENOM : MOSTAFA  
DATE : 09/09/2022  
DIAGNOSTIC : AMPUTATION DE  
PF DROIT G  
ACTES : GANGLION DE DROIT G

FACTURE

SALUE + Ami;

1000,00

Pharmacie : Comptine

LIDOCANE 2%.

Gel n°8

Brûlure

Béheni, Syr. Spach. Baie de Cayenne

800,00

Soins : 04 x 100 m (DU 12/09/2022 AU 19/09/22) 400,00

k30

600,00

TOTAL :

2000,00

SIGNEE : Dr A.BENABDENBNI

Docteur Abderrafi BENABDENBNI  
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