

RECOMMANDATIONS IMPOR 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

- Reclamation : 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° W21-723443

142390

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937 Société : RIAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKNI Mostafa

Date de naissance : 23/11/1960

Adresse : 2050000 Rue 11 n° 68 eok

Tél. : 0661052123 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abderrafi BENABDENBI
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
TPE : 091020255

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2022

Nom et prénom du malade : ESSAKNI MOSTAFA Age :

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

Nature de la maladie : GINGERIN 30° ARTICUL GAUCHE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliconfidientiel 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) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
06/9/22	6		300,000	INP : 091020255

Docteur Abderrafi BENABDENBI
 CHIRURGIEN
 TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
 Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
 2^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA
 Tél.: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.42
 IPE : 091020255

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Abderrafi BENABDENBI CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1 2 ^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA Tél.: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.42 IPE : 091020255	06/9/22	3,2 + 3,2	200,000

AUXILIAIRES MÉDICAUX

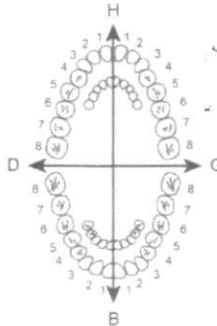
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

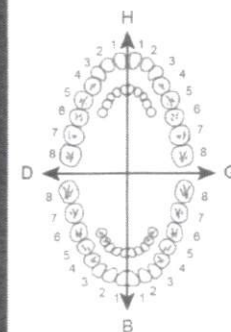
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

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



الدكتور عبد الرافع 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

Casablanca, le : 06.09.22 : الدار البيضاء، في :

ESAKNI MOUSTAFA

COMPTE - rendu

Rx Lien G : F + L

L + G ossesol N 1, et 1/2

N 2° ossesol

Amputation 1, et 2 (G) ossesol

Amputation 1, 2 3 4° ossesol

Amputation

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
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 : 081020255

DOCTEUR ABDERRAFI BENABDENNBI
CHIRURGIEN

Ex Enseignant Au CHU Ibnou Rochd
Ex Assistant du CHR de Toulouse
Assermenté Auprès Des Tribunaux

CASABLANCA ,le 06/09/2022

RECU

JE SOUSIGNE DR A.BENABDEBNNBI ,CERTIFIE AVOIR RECU DE
M. ESSAKNI MOSTAFA , LA SOMME DE cinq cent
DIRHAMS (500,00) POUR :

- CONSULTATION (300,00)
- LA RADIO (200,00)

SIGNEE :Dr A.BENABDENNBI

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN
TRAUMATOLOGIE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél: 0522 44 93 39 - Fax: 0522 44 93 42
IPE: 091020255