

**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.

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° W21-723443

142390

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6931	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSAKNI MOSTAFA			
Date de naissance : 23/11/1965			
Adresse : 20000 Casablanca Rue 11 Novembre 2008			
Tél. : 0661052122 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Docteur Abderrafi BENABDENNB CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1 26ème Etage N° 204 - CASABLANCA Tél. : 0522.44.93.39 - Fax : 0522.44.93.42 AIPE : 091020255	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	06/03/2022	Age :
Nom et prénom du malade :		ESSAKNI MOSTAFA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : GAUCHE 30 ARTSIL GAUCHE		
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) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/01/22	6		300,00 DH	INP : 091020255
<p align="center">Docteur Abderrafi BENABDENNIBI CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE Bd. de la Résistance - Résidence Casab 1 2^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA Tel.: 0522-44.33.39 - Fax: 0522-44.93.42</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Abderrafi BENABDENNEB 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	06/3/22	372+32	200000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrafi BENABDENBBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermentation des Tribunaux et Tribunaux

Membre de S.I.C.Q.T

Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39

الدار البيضاء، في : ٠٦١٩١٢٢ Casablanca, le :



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي

طبيب جراح في العظام والمفاصل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطباق الثاني، رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

ESRAKNI MOSSAFA

Compte-rendu

$$R \times \mathbb{H}^2 \cap G = F + L$$

L + ∞ observed on $\frac{1}{1}$, et $\frac{0}{2}$

W 2 = 0.250

Amputation, P. et P. (Gauze) road

Aminto Tim $\frac{1}{1_1}, \frac{1}{1_2}, \frac{1}{1_3}$ 4th year

item 2NT 403m

Docteur Abderrafi BEN ABDENNBI
DOCTEUR MEDICIN BENABDENB
TRAUMATO - ORTHOPÉDIQUE
Bd. de l'INDEPENDANCE 20000 CASABLANCA
2ème Etage, Villa 20000 CASABLANCA
Tél.: 0522.44.93.32 Fax: 0522.44.93.42
IPE : 091020255

**DOCTEUR ABDERRAFI BENABDENNB
CHIRURGIEN**

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

CASABLANCA, le 06/12/2022

RECU

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

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

SIGNEE :Dr A.BENABDENNB

**DOCTEUR Abderrafi BENABDENNB
RHAUMATO CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
Bd de la Résistance - Résidence CASA 1
Télé: 0522 44 93 39 - Fax: 0552 44 93 42
INPE : 091020255**

**BD DE RESISTANCE -RESIDENCE CASA 1 ,2^{ème} ETAGE APPT 204 , INPE 091020255
TEL (0522) 44 93 39**