

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 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

- 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° W21-689110

148020

☐ 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 : 9/18/69

Adresse : 19 Rue Juh Gros OASTS

Tél. : 066120466 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abderrah BENABDENNEB
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél. : 0522.64.93.39 - Fax : 0522.44.93.42
TPE : 091020255

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/2022

Nom et prénom du malade : BENMOUSSA YASSIR Age :

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

Nature de la maladie : TENDIN. PATHIE ELAUL

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) :

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
15/11/22	C		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Peres	15/11/22	795,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES	15/11/22	300 + 300	200,00

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

RELEVÉ 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	DNP : <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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. Nécessaire à la profession.																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrafi BENABDENRI

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 الرفيق بن عبد النبي
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

15/11/22

الدار البيضاء في

Distribué par MSD Maroc
P.P.V. : 221,00 DH
AMM 450 T6DMP/21/NT0

M.O.U.S.S.A

XASN

Pharmacie des Papill...

36, Rue Jules Gues...

4 Aes xia 60

149x2 + 14900
29800 ACTINOV

37100x2
24100 ACTINOV

PPC: 149DH
LOT: AR25

PPC: 149DH
LOT: AR25
EXP: 07/25

PPC: 149DH
LOT: AR24
EXP: 07/25

PPC: 149DH
LOT: AR25
EXP: 07/25

PPV :
LOT :
EXP :

37100

37100

IPP
Omeprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules
PPV : 53,00 DH



6 118000 190547

TS

TS

TS

TS

TS

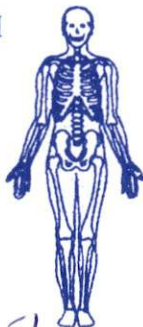
TS

TS

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 الرفيح بن عبد النبي
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

15/11/22

الدار البيضاء في

BEN M O U S S A Y A S S I E

COMPTE-RENDU

Rx ELAWE Y : Fxw

Accident de la Tête Humérale

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

DOCTEUR ABDERRAFI BENABDENNBI
CHIRURGIEN

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

CASABLANCA ,le 15/11/22

RECU

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

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

SIGNEE :Dr A.BENABDENNBI

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPEDIE
Bd de la Résistance - Résidence Casa 1, 2^{ème} Etage Appt 204
INPE : 091020255
Tél : 0522 44 93 39
CASA 1 - Résidence Casa 1
CASA 1 - Résidence Casa 1
CASA 1 - Résidence Casa 1
CASA 1 - Résidence Casa 1