

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.

N° W21-689110

20
Mupras

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 7809 | Société : R.A.M | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BENMOUSSA YASSIR |
| Nom & Prénom : BENMOUSSA YASSIR | | | |
| Date de naissance : 918/6/9 | | | |
| Adresse : 19 Rue July Gros o ASIS | | | |
| Tél. : 0661210466 Total des frais engagés : 10000 Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Docteur Abderrahman BENABDENNE CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE Bd. de la Résistance - Résidence Casu 2ème Etage N° 204 - CASABLANCA Tél. : 0522 24 99 39 - Fax : 0522 24 99 42 IME : 091020255 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 15/11/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : BENMOUSSA YASSIR Age : 11 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : TENTATION | | | |
| 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**

Signature de l'adhérent(e) : **YASSIR**

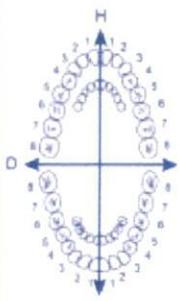
Le : **11/11/2022**

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | |
|--|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
| 15/11/22 | 6 | | <i>300,00</i> |
| Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes <i>ED. CHIRURGICAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE</i> <i>2^{me} Etage N° 204 - Résidence CASABLANCA</i> <i>Tel: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.42</i> <i>I.P.E : 091.02.02.55</i> | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie des p... 20/11/22</i> | 15/11/22 | <i>795 Dhs</i> |
| | | <i>795 Dhs</i> |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>ED. CHIRURGICAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE</i> <i>2^{me} Etage N° 204 - Résidence CASABLANCA</i> <i>Tel: 0522.44.93.39 - Fax: 0522.44.93.42</i> | 15/11/22 | <i>300 + 37,50</i> | <i>337,50</i> |

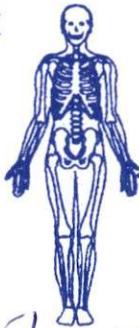
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F. | | | | |
|  | 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'EXÉCUTION <input type="text"/> | | |
| | | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | |
| | | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | |
| | | O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B | | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | |

Docteur Abderrafi BENABDENBBI
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



١٥/١٢/٢٠١٢

الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام والمفاصل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء.
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضا، ١
الطابق الثاني رقم ٢٠٤ - الدار البيضاء
الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٤٤ ٩٣ ٣٩

الدار البيضاء، في

BENABDENBBI YAHYA

Compte-Rendu

R. Elouadji, Frw

Armenian Dr. La Total Human

Dr. Abderrafi BENABDENBBI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance N° 204 - Résidence Casa 1
Tél. 022 44 93 39 - Fax : 0522 44 93 42
IP : 091020255

DOCTEUR ABDERRAFI BENABDENNB
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.BENABDEBNB ,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.BENABDENNB

Dr ABDERRAFI BENABDENNB
Bd de la Resistance , 204 , CASA 1 ,
Télé: 0522 44 93 42
Bd de la Resistance , 204 , CASA 1 ,
Télé: 0522 44 93 42
Bd de la Resistance , 204 , CASA 1 ,
Télé: 0522 44 93 42

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