

Docteur Mohamed Saleh BENNOUNA
Diplômé de la faculté de médecine de LYON

Spécialiste en Rhumatologie
Vertébrothérapie et Médecine Manuelle-Ostéopathie
Echographie appliquée à la rhumatologie
Surveillance des risques toxiques professionnels.

ORDONNANCE

Casablanca, le

10 JAN. 2022

M^r EL BOURACHA

Alaoui

Faire faire par MKDE
membre supérieur
avec :

Mugt
gauche

séances de rééducation du
à raison de trois par semaine

- + Micromobilisations de la scapulo-humérale de type Menell.
- + Mobilisation passive de l'omoplate.
- + Stabilisation rythmique dans les secteurs libres.
- + Posture progressive et indolore en contracter relâcher vers les secteurs limités.
- + Physiothérapie antalgique.
- + Pas de MECANOTHERAPIE.

Docteur MS. BENNOUNA

Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHUMATOLOGUE
VERTEBROTHERAPIE - OSTEOPATHIE
ECHOGRAPHIE
Casablanca

8, Bd Khouribga (Angle place de la Victoire) 2^e Etage, App^t N° 8 -

CASABLANCA - MAROC

Tél. : 00 212 5 22 54 06 00

Urgence : 00 212 6 61 19 40

36

E-mail : bernouna.ms@gmail.com



مصلحة الزركطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

18/12/2021

Mme MAMMER ABDERAHIM
Duplicata

Incidence:

- Epaule gauche de face+profil

Compte rendu radiographique :

Pas de lésion osseuse

un

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca

Docteur Mohamed Saleh BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon

Spécialiste en RHUMATOLOGIE

VERTEBROTHERAPIE et MEDECINE MANUELLE - OSTEOPATHIE

ECHOGRAPHIE APPLIQUEE A LA RHUMATOLOGIE

Surveillance des Risques Toxiques Professionnels

Membre de la Société Française de Vertébrothérapie

et de Médecine Manuelle - OSTEOPATHIE

Membre de la Société Française en Médecine Manuelle

Orthopédique et Ostéopathique

Membre de la Fédération Internationale de Médecine Manuelle

Rhumatismes

Maladies des Os, des Articulations, des Muscles

Colonne Vertébrale

الدكتور محمد صالح بنونة

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

إختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل، العضلات

وعلاج العمود الفقري يدويا

الفحص بالصدى

خريج في مراقبة الأفات السامة المهنية

(عضو الجمعية الفرنسية لعلاج العمود الفقري يدويا)

(عضو الجمعية الفرنسية لطب العظام والعلاج اليدوي)

Casablanca, le 16 FEB. 2022 في الدار البيضاء،

Je soussigné, Docteur en médecine Certifié
par M^r et M^{lle} Adnani examiné le 29
Decembre 2021 présente cliniquement ce
casulite rétroilé gauche et je fais
confirmer par une échographie vertébrale
une fracture et lésion de l'épule.
La radiographie de l'épule n'a pas montré
de fracture mais ce constat par la radiographie
vertébrale. Une échographie, ce constat
donc a été vérifié ainsi que
20 jours de rééducation du membre supérieur.

Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHEUMATOLOGUE
VERTEBROTHERAPIE et OSTEOPATHIE
8, Bd Khourilga (Angle Place de la Victoire) 2^e Etage - Appt. N°8 - Derb Omar - Casablanca
Tél. : 05.22.54.06.00 - GSM : 06.61.19.40.36 / E-mail : bennouna.ms@gmail.com

CENTRE BORJ ELYACOUT DE KINESITHERAPIE

Casablanca le : 15/02/22

DEVIS

Nom et Prénom : MR EL BOURACHDI Abderrahim
Nature de la maladie : Récidive du membre supérieure gauche
Médecin prescripteur : DR. BENNOUWA
Assurance/Mutuelle : MUPRAS
Nombre de séances : 20 SEANCES.
Coût de la séance : 1200DH.
Total : 24000DH
Arrêter le présent Devis a la somme de : DEUX MILLE quatre Cent Dirhams

Signature : 
Kinesithérapeute, Physiothérapeute
Angle Rahal El Meskini, Physiothérapeute
Complex Commercial N° 6, Casablanca
Tél : 05 22 31 53 03

Angle rahal el meskini et bd lalla yacout entrée c 2ème étage cabinet n° 6
Casablanca

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-688286

pour accord

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3473 Société : RAM ACC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KADDAH NAWKA

Date de naissance : 27/05/1953

Adresse : 127 Bd Fath yacoub zé etag

Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Bourachis Abdelhakim Age : _____

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

Nature de la maladie : _____

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) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-688286

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

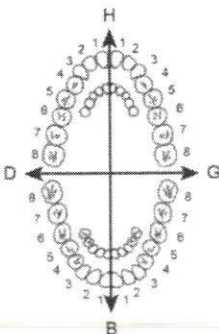
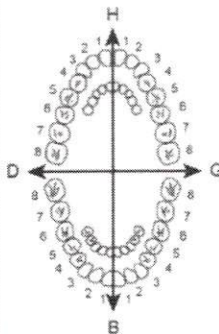
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25632412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25632412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25632412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : _____

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

| | | |
|---|----------|----------|
| | H | |
| | 25633412 | 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 L'EXECUTION