

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

10 JAN. 2022

M^{me} EL BONFACHA

Casablanca, le 10 Janvier

Faire faire par MKDE
membre supérieur
avec :

Mug
goudre

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
RHUMATOLOGIE
VERTEBROTHÉRAPIE - OSTÉOPATHIE
ECHOGRAPHIE

8, Bd Khouribga (Angle place de la Victoire) Casablanca - Maroc - 0522 54 08 00 - Stage Appel N° 8

Tél. : 00 212 5 22 54 06 00

Urgence : 00 212 6 61 19 40

36

E-mail : bennouna.ms@gmail.com



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
IRM



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 Vérébrothérapie
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)

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصيل، العضلات

وعلاج العمود الفقري يدوياً

الفحص بالصدى

خريج في مراقبة الآفات السامة المهنية

(عضو الجمعية الفرنسية لعلاج العمود الفقري يدوياً)

(عضو الجمعية الفرنسية لطب العظام والعلاج اليدوي)

Casablanca, le 15 FEV. 2022

الدار البيضاء، في

Je souhaite, Docteur en médecine certifié
que M^r El Khouiribga Abdellatif examiné le 29
Décembre 2021 présente claudication et
capitite retrouvé goudue et que j'ai
observé fr. une maladie de la colonne
avec épondance à l'absence de signes
de maladie de l'épule n'a pas historie
de fracture mais ve mentionné par les malades
familiaux. Il a effectué, un bilan
complet a été réalisé ainsi que
20 stades de médecine de médecine

Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHUMATOLOGUE
OSTEOPATHIE
VERTEBROTHERAPIE
ECHOGRAPHIE
8, شارع خوريبيا (باب ساحة النصر) الطابق الثاني - الشقة رقم 8 - درب عمر - الدار البيضاء
8, Bd Khouribga (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.msl@gmail.com

CENTRE BORJ ELYACOUT DE KINESITHERAPIE

Casablanca le : 15/02/22

DEVIS

Nom et Prénom : Mr EL BOURACHDI Abderrahim

Nature de la maladie : Réed .du membre Supérieur gauche

Médecin prescripteur : DR. BENNOUJA

Assurance/Mutuelle : MUPRAS

Nombre de séances : 10 SÉANCES .

Coût de la séance : 200DH .

Total : 2400DH

Arrêter le présent Devis à la somme de : DEUX MILLE quatre Cent Dirhams



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.

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° W21-688286

pour accord

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2473

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADDOUFI Amina

Date de naissance :

22/10/1953

Adresse :

127 Bd Fakir yaïd 2^e étage

CASA Blanca

Tél. : 0663355149 Total des frais engagés : _____ Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Bourachti Abdellah

Age :

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

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
				INP : [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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