

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.



160863

Déclaration de Maladie : N° P19-0005580

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1033

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH LAUBI

Date de naissance : 01.01.1953

Adresse : DB Moulay Bouckhat Rue 8 N16 C.S

Tél. : 0666871074

Total des frais engagés : 1363,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : A - 2014

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 : CASA

Le : 19/12/22

Signature de l'adhérent(e) :


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

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 |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30.11.22 | C | | 2500128 |  Dr. F. BOUANANI Abderaziz Traumatologie - Orthopédie 100 Avenue de la Liberté - 2 ^e Etage Bureau 203 CASABLANCA Tél: 05 22 55 11 66 39 4 |
| 14.12.22 | 100 infra général SH | | 3000128 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
|  PHARMACIE DENTALE M. Bouanani Dentiste Cité Djennas - Casablanca Tél: 05 22 55 11 66 39 4 | 30/11/22 | 166,80 |
| | 14/12/22 | 396,60 |
| | INPE:092015486 | |
| | INPE:092015486 | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|  Dr. F. BOUANANI Tél: 05 22 55 11 66 39 4 | 30.11.22 | Ph. généraux | 2500128 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

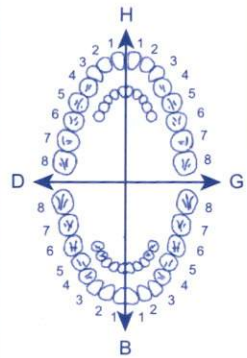
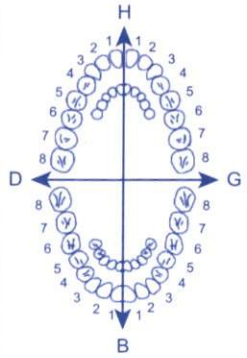
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Dr EL BOUANANI ABDERRAHIM
Chirurgien Traumatologue & Orthopédiste
الدكتور البوعناني عبد الرحيم
جراحة العظام وتقويم المفاصل



Chirurgie Prothétique : Hanche - Genou - Épaule
AFS En Orthopédie Lyon France
Ex Interne De L'hôpital De Valence France
Diplôme D'arthroscopie
Diplôme D'échographie De L'appareil Locomoteur
Diplôme De Cancérologie Osseuse
Certificat De Chirurgie Du Pied

Ordonnance

Casablanca, le 30/11/2022

NAZIH LAKBIRA

- 79.80
- 222x2
- **arhumatiz flex**
1 app *3/j pdt 15 jours
 - **Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, midi, soir, après les repas, pendant 15 jours
 - **Ixor 20 mg - comprimé effervescent**
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 15 jours
 - **Mobic 7,5mg - comprimé**
1 Comprimé, soir, après les repas, pendant , 10 jours
- 4260
- 166,80
- SV
- SV
- PHARMA CIBER-ALB
Mme. B. Bouanani
Bouanani N. 10 Rue
22 Oujda 22
Casablanca
Cib. 08 08 51 50
Tel. 08 08 51 50

PPV: 42DH60
PER: 05/25
LOT: L1782



PPC: 79,80 DHS
PER: 06/2025
LOT: CGY80

PPV 22DH20
PER 05/24
LOT L1764

PPV 22DH20
PER 05/24
LOT L1766

📍 Bd, Oulad Ziane Résidence Assalam Imm M 2 - Etage Bureau N°3
(au dessus de aswak assalam) Casablanca - Maroc / E-mail : elbouanani6@yahoo.fr

Gsm : 06 34 85 51 50 / Fixe : 08 08 51 59 10

Dr EL BOUANANI ABDERRAHIM
Chirurgien Traumatologue & Orthopédiste
الدكتور البوعناني عبد الرحيم
جراحة العظام وتقويم المفاصل



Chirurgie Prothétique : Hanche - Genou - Épaule
AFS En Orthopédie Lyon France
Ex Interne De L'hôpital De Valence France
Diplôme D'arthroscopie
Diplôme D'échographie De L'appareil Locomoteur
Diplôme De Cancérologie Osseuse
Certificat De Chirurgie Du Pied

Ordonnance

Casablanca , le 14/12/2022

NAZIH LAKBIRA

- 340,00
- biolevox HA 2,2
 - Diprostene - suspension injectable
1 injections
- 56,60

PHARMACIE DENTA LEB SARL
Rue 22 N°10 D8 Koulia Cité Djennas
24932 Casablanca
Tel: 05372569513

AEB Dr. EL BOUANANI Abdelrahim
Traumatologue - Orthopédiste
Bd Oulad Ziane Rés. Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
Tel: 08 08 51 50 / 08 08 51 59 / 06 34 85 51 50



Importé au Maroc par
INNOVATION PHARMA
N°17, Imm Nojourn, Lot Idrissia,
Av Bir Anzaran 30 000 Fès Maroc
AMM N° : 5267/2018/DMP
PPC : 340 DH



Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

📍 Bd, Oulad Ziane Résidence Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
(au dessus de aswak assalam) Casablanca - Maroc / E-mail : elbouanani6@yahoo.fr

Gsm : 06 34 85 51 50 / Fixe : 08 08 51 59 10

Dr EL BOUANANI ABDERRAHIM
Chirurgien Traumatologue & Orthopédiste
الدكتور البوعناني عبد الرحيم
جراحة العظام وتقويم المفاصل



Chirurgie Prothétique : Hanche - Genou - Épaule
AFS En Orthopédie Lyon France
Ex Interne De L'hôpital De Valence France
Diplôme D'arthroscopie
Diplôme D'échographie De L'appareil Locomoteur
Diplôme De Cancérologie Osseuse
Certificat De Chirurgie Du Pied

Ordonnance

Casablanca , le 14/12/2022

Facture

NAZIH LAKBIRA

| Designation | Quantité | Prix | Sous-total |
|---------------------------|----------|--------------|----------------------|
| Infiltration genou gauche | 1 | 300,00 Dh | 300,00 Dh |
| Total | | | 300,00 Dh |

Arrêté la présente facture à la somme de :
trois cents dirham(s)



📍 Bd, Oulad Ziane Résidence Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
(au dessus de aswak assalam) Casablanca - Maroc / E-mail : elbouanani6@yahoo.fr

Gsm : 06 34 85 51 50 / Fixe : 08 08 51 59 10

Dr EL BOUANANI ABDERRAHIM
Chirurgien Traumatologue & Orthopédiste
الدكتور البوعناني عبد الرحيم
جراحة العظام وتقويم المفاصل



Chirurgie Prothétique : Hanche - Genou - Épaule
AFS En Orthopédie Lyon France
Ex Interne De L'hôpital De Valence France
Diplôme D'arthroscopie
Diplôme D'échographie De L'appareil Locomoteur
Diplôme De Cancérologie Osseuse
Certificat De Chirurgie Du Pied

Ordonnance

Casablanca , le 30/11/2022

Facture

NAZIH LAKBIRA

| Designation | Quantité | Prix | Sous-total |
|--------------|----------|--------------|----------------------|
| Consultation | 1 | 250,00 Dh | 250,00 Dh |
| Radio | 1 | 250,00 Dh | 250,00 Dh |
| Total | | | 500,00 Dh |

Arrêté la présente facture à la somme de :
cinq cents dirham(s)

Dr. EL BOUANANI Abderrahim
Traumatologue - Orthopédiste
Bd. Oulad Ziane - Résidence Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
Casablanca - Maroc
Tél : 06 34 85 51 50 / 08 08 51 59 10
151166394

📍 Bd, Oulad Ziane Résidence Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
(au dessus de aswak assalam) Casablanca - Maroc / E-mail : elbouanani6@yahoo.fr

Gsm : 06 34 85 51 50 / Fixe : 08 08 51 59 10

Dr EL BOUANANI ABDERRAHIM
Chirurgien Traumatologue & Orthopédiste
الدكتور البوعناني عبد الرحيم
جراحة العظام وتقويم المفاصل



Chirurgie Prothétique : Hanche - Genou - Épaule
AFS En Orthopédie Lyon France
Ex Interne De L'hôpital De Valence France
Diplôme D'arthroscopie
Diplôme D'échographie De L'appareil Locomoteur
Diplôme De Cancérologie Osseuse
Certificat De Chirurgie Du Pied

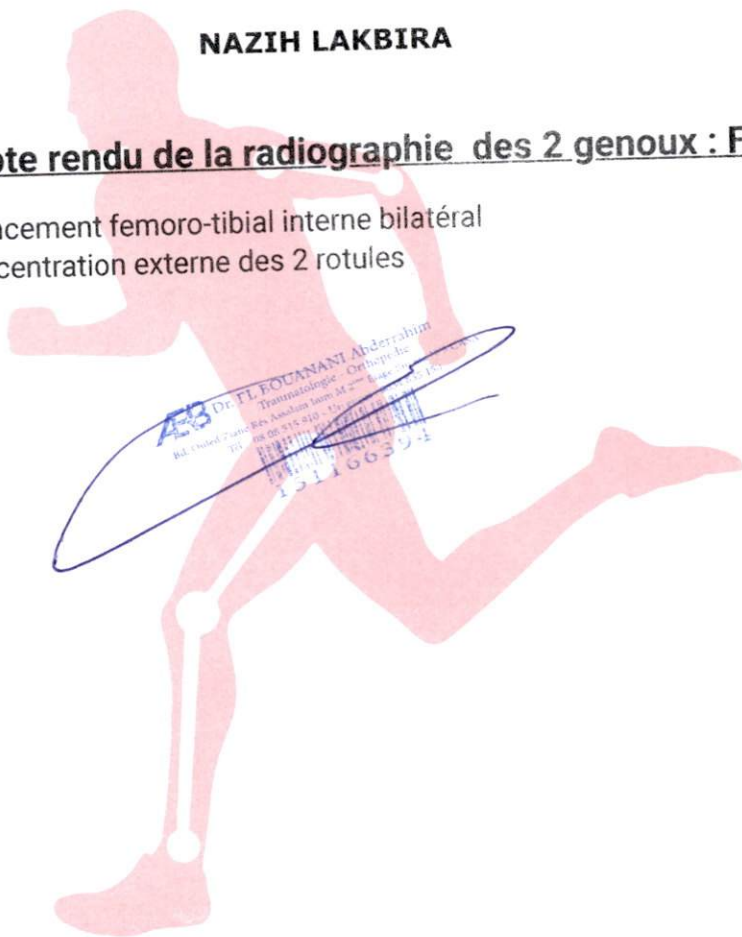
Ordonnance

Casablanca , le 30/11/2022

NAZIH LAKBIRA

compte rendu de la radiographie des 2 genoux : F

- pincement femoro-tibial interne bilatéral
- excentration externe des 2 rotules



📍 Bd, Oulad Ziane Résidence Assalam Imm M 2^{ème} Étage Bureau N°3
(au dessus de aswak assalam) Casablanca - Maroc / E-mail : elbouanani6@yahoo.fr

Gsm : 06 34 85 51 50 / Fixe : 08 08 51 59 10