

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.

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° M21- 0036266

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2452 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJALEK Dries
 Date de naissance : 07.03.56
 Adresse : 5 Rue Ibn Kattir Apt 190. Maarif ext.
 Tél. : 0663 857022 Total des frais engagés : 703 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : 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 : Casablanca Le : 31 / 07 / 23
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/07/2023 | | 1 | 250 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11.07.23

213,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

11/07/23

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

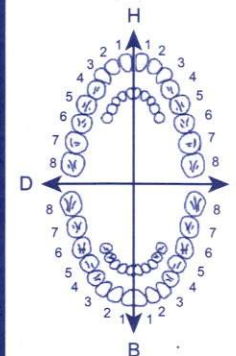
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| | H | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| | B | |

[Création, remont, adjonction]

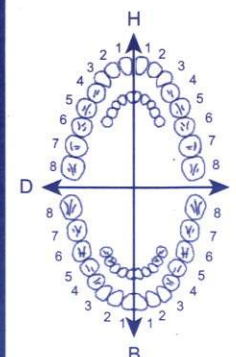
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jabrane BOUAYAD

دكتور عبد الجبار

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

العضلات والمفاصل

Chirurgie de la main et du genou

يد وركبة

Chirurgie des Prothèses

مفاصل

Traumatologie du sport

لرياضة

Maladies de la Colonne vertébrale

العمود الفقري

Reçu de paiement:

INPE : 091047209

Casablanca, le

ICE : 000280640000769

21/7/2023

Je soussigné Docteur **Jabrane BOUAYAD** certifie avoir reçu de

M. / Mme **KE N FAOU, LAMIRA**

La somme de **200 000**

Pour **Rx 200 000**

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous
Appt N° 3, GH 1, Imm 4, 1er Etage
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83.

أشادة لمريض شرف أم الربيع عسارة 4 الطابق الأول شقة 3 الثالثة

Tél: 05 22 90 64 83 - GSM: 06 61 88 50 89 - Email: bouayarjabrane@hotmail.com

Bd. Oum Errabia, Groupe Firdaous Appt N°3 GH 1 Imm 4 - 1er Etage - Casablanca

Dr. Jabrane BOUAYAD

Chirurgie traumatologique
Chirurgie de la main et du genou
Chirurgie des rhumatismes
Chirurgie du sport
Chirurgie de la colonne
Chirurgie orthopédique

الدكتور بوعياض جبران
جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد و الركبة
جراحة الروماتيزم
الطب الرياضي
العمود الفقري

Casablanca, le 11/07/2023

NOM : KENFADNI SAMIR

PRÉDIO : 2 Genou F.

MPTE RENDU RX :

Ahlou st d t

2 Genou

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique

Bd Oum Errabia Groupe Firdaws Appt N° 3 GH 1 Imm 4-1 etage - oulfa - casablanca

Tel : 05 22 90 64 83 - GSM : 06 61 88 50 89 - Email : bouayadjabrane@hotmail.com
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

Docteur Jabrane BOUAYAD

الدكتور بوعياذ جبران

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Chirurgie de la main et du genou
Chirurgie des Rhumatismes
Traumatologie du sport
Maladies de la colonne vertébrale

جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد و الركبة
جراحة الروماتيزم
الطب الرياضي
العمود الفقري

Casablanca, le 11/10/2011

KENFADJI SAHRA

Docteur

Alger, 20/10/2011

2 pages

2 x 1 = 2

2 pages

1 page

48.70

UNIVIRG-B6

2 pages

116.40

FLA SAHRA

3

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Bd. Oum Errabie Groupes
Appt N° 3, GH 1, lmm 4 - 1er étage
Casablanca - Tel: 05 22 90 64 83

إقامة الفردوس شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الأولى
Tél : 05 22 90 64 83 - Gsm : 06 61 88 50 89 - E-mail : bouayad.jabrane@hotmail.fr
Bd Oum Errabie Group Firdaous-Appt N°3 GH 1 lmm 4 - 1er étage - casablanca

LOT 211538
EXP 05/2024
PPV 30.00DH

PPV 116DH40
LOT 230152
EXP 04/2024

LOT: 06223001
PER: 01/2028
PPV: 47,90 DH

Adulte
LOT: 2162
PER: 02-26
P.P.V: 10 DH 60

48/70