

# 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)**



51037

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012730

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : ENNEHAS Fouad Date de naissance : 11-06-1963  
Adresse : VILLAC 12 CITE LAYA ROUTE EL JADIDA CASA  
Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : ENNEHAS Fouad Age : 57

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

Nature de la maladie : Fek Rader

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 : 11/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
23/11/20		12	1200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2/10		200

# AUXILIAIRES MEDICAUX

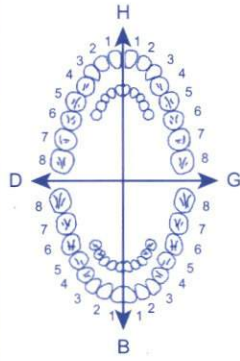
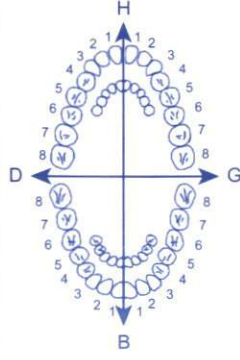
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/11/20	10				10 x 120 = 1200,00

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la main et du genou

Chirurgie des Rhumatismes

Traumatologie du sport

Maladies de la Colonne vertébrale

**الدكتور بوعياذ جبران**

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والركبة

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

العمود الفقري

Casablanca, le

23 / 11 / 2016

ENNEHAS FORM

Fracture ext 2

Rabwi gauche

Reduct  
10 jours  
10 jours

DR. BOUAYAD Jabrane  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
Bd. Oum Errabie Group Firdaous  
Appt. N°3 GH 1 Imm 4 - 1er étage  
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

إقامة الفردوس شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفة

Tél: 0522 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 Imm 4 - 1er étage - Casablanca



**Docteur Jabrane BOUAYAD**

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

**الدكتور بوعياذ جبران**

جراحة العظام والمفاصل  
جراحة اليد والركبة  
جراحة الروماتيزم  
الطب الرياضي  
العمود الفقري

Casablanca, le

23/11/2022

ENNEITAR. Fourn

Re joignab G  
F/I

Wassif Rebr Re

fr 1 x h z dectur.  
voie de W. R. D. C.

إقامة الفردوس شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفة

Tél : 0522 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 Imm 4 - 1er étage - Casablanca

**Yassir ARSAOUI**

Diplômé de l'Académie de Moscou  
Kinésithérapie - Electrothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux



**عرساوي ياسر**

خريج اكاڤمية موسكو  
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Casablanca, le 25/11/2020

## FACTURE

Nom & Prénom : MR ENNEHAS FOUAD

Employeur :

A.T : du

Assurance : N° réf. :

10 séances de rééducation du  
poignet gauche.

10 AMH<sub>10</sub> = 10 x 120

Total : 1200,00

MAD

Arrêter la présente facture à la somme de

deux cents dirhams

Mille

**Autorisation n°10°/DAA/SPA du 2005/05/03**

ICE: 001681346000046.

Lotissement Missimi - Rue 20 n°7 - Bd. Abou Regrag Hay Hassani Casablanca - MAROC  
Tél : +212 540 001 116 - GSM : +212 650 133 659

IF n°51453019 - Patente n°35020137 - CNSS n°7272785

Dr. BOUAYAD Jabrane  
Spécialiste en chirurgie  
Traumatologique et orthopédique

Casablanca le 23/11/2020.

**RECU DE PAIEMENT** INPG: 091047209

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

Mr ( Mme) ENNEHAS Fouad

la somme de 2 000 000

pour

Couche Nx

Certificat délivré à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

Bd Oum Errabie groupe Firdaous - Appt N° 3 GH1 Imm. 4 - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél : 0522 90 64 83  
Email : bouayad.jabrane@hotmail.fr

**Dr. BOUAYAD Jabrane**  
Spécialiste en chirurgie  
Traumatologique et orthopédique  
Bd. Oum Errabie Groupe  
Appt. N° 3 GH1 Imm. 4 - 1<sup>er</sup> étage  
Casablanca - Tél : 0522 90 64 83