

## 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0008333

148741

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7397 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUT, SOUAD

Date de naissance : 13/06/69

Adresse :

Tél. 0638573246 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :



# 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
12/1/23	CS	12/1/23 25		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/1/23	30,00
	12/1/23	30,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/1/23	2	30,00

# 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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Dr. 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 بوعياض جبران

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

Casablanca, le

23/01/2024

37,00 x 2  
37,00 x 1

39,00 x 2381  
Nv 601 400

381

PHARMACIE BOUAYAD  
Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie et Rhumatologie  
Bd. Oum Errabia  
Appt N°3 GH Imm 4 - 1er  
Casablanca - Tél. 05 22 90 64 83

س شارع أم الربيع عمارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفه  
Tél: 0522 90 64 83 - GSM: 06 61 88 50 89 - E-mail: bouayad  
Bd Oum Errabia Groupe Firdaous - Appt N°3 GH Imm 4 - 1er

DUOXOL 500mg/2mg  
Boite de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37,00

37,00

PREV :  
LOT :  
PER :

39,00

LOT :  
PER :

30,00

LOT PVC: 198.000DH  
C164  
2024-09  
CNK 3259-850  
3 401020 354451

LOT PVC: 198.000DH  
C164  
2024-09  
CNK 3259-850  
3 401020 354451

198,00 x 2  
N° 6, 1

---

2 x 1

**Dr. BOUYAD Jabrane**  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
Ed. Oum Errahmeh Groupe Firdaous  
Appt 1, CH 1, Im 4, 1er Etage  
Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

---

530,00





صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 009760

V/C N° :

Client :

Mouta Soech 14-7397 Casablanca, le 12/01/23

Quantité

DESIGNATION

P.U.

TOTAL

1

h2b sv

1

Byctine

27,10

27,70

54,80

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Achane BIDAH

49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA - Tél. 05 22 90 88 72

LOT :

PER :

PPV :

22,70

27,50

**Docteur Jabrane BOUAYAD**

Chirurgie traumatologique  
Chirurgie de la main et du genou  
Chirurgie des rhumatismes  
Traumatologie du sport  
Maladies de la colonne  
vertébrale

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

Casablanca, le ..... 12/01/2023

• NOM : ..... Jaber

• RADIO : ..... Genou et et G  
F

• COMPTE RENDU RX : .....

..... Art. 100 800 11

**Dr. BOUAYAD Jabrane**

*Spécialiste en Chirurgie*

**Traumatologie et Orthopédie**

Bd. Oum Errabia Groupe Firdaous

Appt N° 3, GH 1, Imm 4, 1er Etage

Casablanca - Tél: 0522 90 64 83

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

Tel : 05 22 90 64 83 – GSM : 06 61 88 50 89 – Email : [bouayadjabrane@hotmail.com](mailto:bouayadjabrane@hotmail.com)

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

Docteur Jabrane BOUAYAD

الدكتور بوعياذ جبران

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Chirurgie de la main et du genou

جراحة اليد و الركبة

Chirurgie des Rhumatismes

جراحة الروماتيزم

Traumatologie du sport

الطدء اليرياضي

Maladies de la Colonne vertébrale

الامرد الفقري

### Reçu de paiement

INPE : 091047209

Casablanca, le 12 / 01 / 2023

ICE : 000280640000069

Je soussigné Docteur Jabrane BOUAYAD certifie avoir reçu de

Mr / Mme

Justine Soud

La somme de

300 DT

Pour

2 Rx pour le  
et G

**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

إقامة الدردوس شارع أم الربيع عسارة 4 الطابق الأول شقة 3 الألفة

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

Bd Oum Errabia Groupe Firdaouss Appt N°3 GH 1 Imm 4 - 1<sup>er</sup> étage - Oulfa - Casablanca