

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.

Education :

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.

Orthopédie :

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

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

45713

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 06446 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom ENNÉHAS Fennad Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : VILLA C12 Cité LAYA Rdc E6 FADIES casa

Tél. 0664350290 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUAYAD Jabra
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
83, Chem Errabie Groupe Firdaous
Appt. N°3 GH 1 imm. 4, 1er Etage
Casablanca - Tel: 0522 90 64 83

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENNÉHAS Fennad Age :

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dr BOUAYAD Jabra

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 : 13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : C

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
02/10/2020	Hosp. Chirurgicale			DR. BOUAYAD
	Voir Facture		6000 dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Montant de la Facture indique
		Casablanca - Tel: 05 22 90 54 87

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		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				

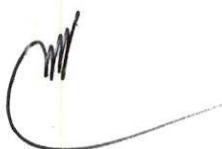
Casablanca le 09 octobre 2020.

Déclaration sur l'honneur

Je sono-signé N^o ENNEHAS FOUAD né le 11-06-1963 à Casablanca, titulaire de la carte d'identité nationale N^o B659683, résidant à Casablanca Villa C12 cité LAYA route d'El Jadida, atteste sur l'honneur être victime d'une chute accidentelle à domicile le jeudi 1^{er} octobre 2020 l'après midi, qui a engendré une fracture au niveau de mon poignet gauche.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

signé: N^o ENNEHAS FOUAD



2657
L'Arrondissement Hay Hassani
Non responsable du contenu de la pièce
Vu pour la légalisation matérielle de la signature
Apposée
Fouad Ennehas



CLINIQUE AL AMINE

MEDICO - CHIRURGICALE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 02/10/2020 Heure 07:31

Nom et Prénom du patient Mr ENNEHAS FOUAD

Age ou Date Naissance 0 - 11/06/1963

N° Cin du patient ou du tuteur B659683

Adresse 12 RTE EL JADIDA CITE LAYA 1 12 CASA

Téléphone 0664350290

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BOUAYAD

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation DIVERS

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

CLINIQUE AL AMINE
12, Rue Ibn Jafjal 4
Casablanca
Tel: 0522883636
Fax: 0522880530

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 02/10/2020 Heure 11:41 Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE AL AMINE
12, Rue Ibn Jafjal 4
Casablanca
Tel: 0522883636
Fax: 0522880530



F A C T U R E

N° : F 241 / 2020 du 02/10/2020

Médecin traitant : DR. BOUAYAD

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr ENNEHAS FOUAD	Payant	02/10/20	02/10/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE SIMPLE		1,00	400,00	400,00
SALLE OPERATION	K	1,00	1 800,00	1 800,00
			Sous/Total	2 200,00
PHARMACIE		1,00	500,00	500,00
			Sous/Total	500,00
			Total clinique	2 700,00
DR. BOUAYAD (traumatologue)	K	1,00	2 700,00	2 700,00
DR. CHARRI OTHMANE (anesthésiste)	K	1,00	600,00	600,00
			Sous/Total	3 300,00
			Total autres prestations	3 300,00

Arrêtée à la somme de :
SIX MILLE DIRHAMS

TOTAL GENERAL 6 000,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
6 000,00		6 000,00	

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal &
Abou Marouane Abdellmalek
Tél.: 0522 86 36 36
Fax: 0522 86 05 30

CLINIQUE AL AMINE**NOTE D'HONORAIRES**

AD

Le : 02/10/2020 11:43

Références

241 / Payant

N° 20536

Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 02/10/2020

Le Docteur **BOUAYAD**présente à Mr **ENNEHAS FOUAD**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
2 700,00 Dhs (DEUX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués.

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

*Cachet et signature***CLINIQUE AL AMINE****NOTE D'HONORAIRES**

AD

Le : 02/10/2020 11:43

Références

241 / Payant

N° 20537

Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 02/10/2020

Le Docteur **CHARRI OTHMANE**présente à Mr **ENNEHAS FOUAD**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600,00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués.

*Dr. Othman CHARRI
Réanimation - Anesthésie
Clinique AMINE
Casablanca
INPE : 091194298*

Cachet et signature



COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Nom : Ennachar Prénom : Fouad Age : né 1963.

Date d'entrée: 02/10/2022 Chambre n°

Diagnostic : Fr. ext. c. Rate.

Indication opératoire :

Traitemennt pré-opératoire :

INTERVENTION le : 02/10/2022

Opérateurs : Dr Bouayad

Anesthésiste : Dr elhaji

Nature de l'anesthésie : AC (Bisac. clonac.).

Compte-rendu de l'intervention :

Opér. à la place de 500 ml de sang
Re-CT pl.
Sur la ligne de
aux controls
par endotrach et
refine

Durée de l'intervention :

Remarques :