

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014650

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20637 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VRE

Nom & Prénom : FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2022

Nom et prénom du malade : BRISA FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : pathologie

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 : 10/11/2022

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

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
10/11/22	es	20		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/22	13.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/11/22	2.10	2.20

AUXILIAIRES MEDICAUX

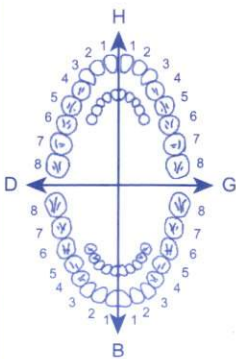
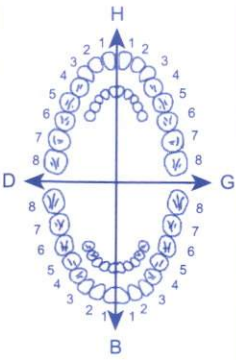
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																		
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
			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. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en chirurgie
Traumatologique et orthopédique

INPE : 091047209

Casablanca le 10/11/2022

REÇU DE PAIEMENT

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

Mr (Mme) **BELITA FATIMA**

la somme de

..... **400 000**

pour

..... **Consulte** **200**

..... **Rx** **200**

Bd Oum Errabie groupe Firdaous - Appt N° 3 GH 1 Imm. 4 - 1er étage - Casablanca

Tél : 0522 90 64 83

Email : bouayad.jabrane@hounia.fr

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

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

Casablanca, le 10/11/2022.

BRIJA FATIMA

13.20.

Cetamyli

1000

351



DR. TIR ABDELHAK
58, Route Mly Thami - Hay Hassan
Tél: 0522 90 64 83
PHARMACIE POLYCLINIQUE

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



100x45x20

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

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

Bd Oum Errabie Group Firdaous - App 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 و المفاصل
جراحة اليد و الركبة
جراحة الروماتيزم
الطب الرياضي
العمود الفقري

Casablanca, le 10/11/2022

BRITA . FATIHA .

Rx 2 maines F/6

Compt Reu bu Rx

Aspect le carpe

bilatérale

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

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

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

Bd Oum Errabie Group Firdaous - App N°3 GH 1 Imm 4 - 1er étage - Casablanca