

# 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- 0025337  
137418

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03096 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuf ELBAKHER AHMED  
 Nom & Prénom : ABA SAID FATIMA  
 Date de naissance : 20/04/1956  
 Adresse : 94 Rue Mohamed diouri Apt 19 Casablanca  
 Tél. : 061103142 Total des frais engagés : 397,30 Dhs

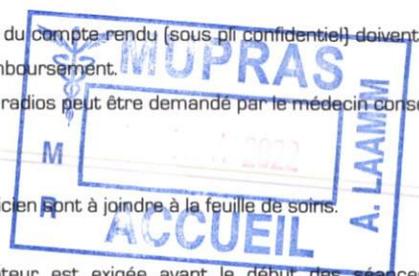
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Mme AKA SMID Age : 66 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Colite Spasmodique  
 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 : Casablanca Le : 05/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

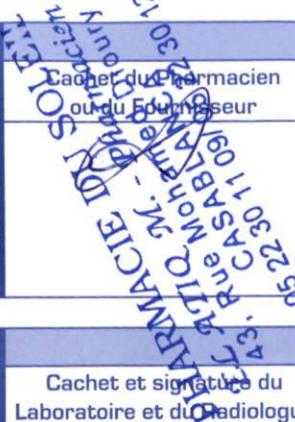
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

**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
05/10/2023	C		1508V	 <p>Dr. Mohamed BOURMANI 20, Angle Rues Ibn Khaldoun, Rue Madrid Mers Sultan - Casablanca - Tél. : 0522 22 81 13 Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E. : 001698214060025</p>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/2023	247130

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

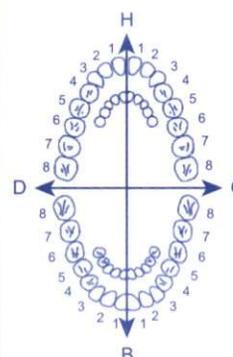
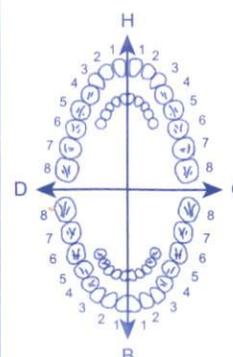
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed BOURMANI

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS

Ancien Attaché de Cardiologie  
du C. H. d'Argenteuil - Paris

## MÉDECINE GÉNÉRALE

Aut. n° 4930 - Patente n° 34450291

20, rue Ibn Khalouya (ex. La Haye)  
angle rue de Madrid, Mers Sultan  
Casablanca

Tél : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

I.C.E : 001698214000025

# الدكتور محمد بورماني

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابقا في أمراض القلب  
بمستشفى ارجانتوي - باريس

## الطب العام

رخصة 4930 - بتاننا 34450291

20, زنقة ابن خلوية - زاوية زنقة مدريد  
مرس السلطان - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 81 13 - الفاكس : 0522 22 81 14

Casablanca, le



Mme ARNA SAID

27/08/20

فالمس

1) Aliviar 50. 2lt

108/50

1 phlé 'M' U m

2) Ixor 20. No 28

24/8

1 cp disp' / 10mg  
avant rep

seper 50

1 cp mt el mr

24/8

PHARMACIE DU SOLEIL  
TEL 2770 CASABLANCA  
43, Rue Mohamed Dioury  
05 22 30 1109 05 22 30 1235  
Pharmacie

الدكتور محمد بورماني

Dr. Mohamed BOURMANI

20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid

Mers Sultan - Cas - Tél. : 0522 22 81 13

Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214000025

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 03/2024  
Lot 23043 2

LOT: 09322077  
PER: 06/2025  
PPV: 74.00 DH

74,80

6 118000 230250

LOT: 09921070  
PER: 12/2026  
PPV: 27.00 DH

6 118000 230250

LOT: 09921070  
PER: 12/2026  
PPV: 27.00 DH

Lot de 35 comprimés effervescents  
à prendre avec un verre d'eau  
après un repas, 1 comprimé par jour  
à l'heure du repas principal.  
L.P. WYCKE, D. ANTIC