

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

M22- N° 002324

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2555 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : A 57740

Nom & Prénom : CHENTOUF AHMED

Date de naissance : 12.12.1951

Adresse : 15 Bd. Lahcen ou Ider Aït El - CASA

Tél. : 06.64.44.49.23 Total des frais engagés : 283.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد بورمانى
Dr. Mohamed BOURMANI
20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid
Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 22 81 13
Fax : 0522 22 81 14 - I.C.F : 001698214000025

Date de consultation : 10/04/2023

Nom et prénom du malade : CHENTOUF Ahmed Age : 72 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prurit + Auscide - Vertige

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 : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : CHENTOUF AHMED

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/4/2023 | C | | 15000 | الدكتور محمد بورمانى Dr. Mohamed BOURMANI 20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid Mers Sultan - Casab - Tél : 0522 22 81 13 Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214000025 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 10/04/23 | €8390 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ain

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|----------------|--|-------------|---|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exec |
| | | | | Fin d'exec |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | <p>MONOZ ECLAR® 500mg Boite de 5 COM PEL PPV : 87.30 DH</p> <p>6 1180 01 183821</p> <p>Maphac Km 10, route côtière 111 Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca Maroc</p> |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjoncti

7 Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

32.60

DATE
DEVIS

DATE
L'EXE

VISA ET CACHET DU BUREAU

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 بورمانى

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابقًا في أمراض القلب
مستشفى ارجانتوي - باريس

الطب العام

رخصة 4930 - بتأثثا 34450291

زنقة ابن خلوية - زاوية زنقة مدرید
مرس السلطان - الدار البيضاء

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

Casablanca, le

10/04/2023

M^r CHENTOUT

AliMed

4800

092048834
PHARMACIE POPULAIRE
LAHLOU Mohamed
Pharmacie
Angle Rue Habi Omm. Fethia - Bd. d'Alsace
Casablanca Tel: 0522 22 17 04

1800

87,30

32,60

34,70

7130

الدكتور محمد بورمانى
Dr. Mohamed BOURMANI
20, Angle Rue Ibn Khalouya, Rue Madrid
Mers Sultan - Casablanca - Tel: 0522 22 81 13
Fax: 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214000025

28390 5) Tanakam 5) 1000

1) effipred 20 1.5
Lcp. dispi 1. apt
Felour pd 78

2) Doliprane 200 vits
180 8p's 9p's 4p's

3) Monozelclar 500
1.5p's. 4vials 6p's

4) Muxeli 500
1.5p's 4p's 3p's

5) Zepac 1000
1.5p's 4p's 3p's

6) Tanakam 5) 1000