

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

MUPRAS  
RECEPTION

M22- 0017150

34635

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0950 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HILAL DRISS  
 Date de naissance : 19/3/1950  
 Adresse : H 82 EL Wafa ANHI Deroua 26200  
 drisskilol50@gmail.com 0522532496  
 Tél. : 0672934544 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد بورماني  
 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.E. : 001698214000025

Date de consultation : 26/09/2022  
 Nom et prénom du malade : SOUBRAIE ALIHA Age : 49  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + trouble métabolique  
 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 : Deroua Le : 26/9/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : HILAL

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019

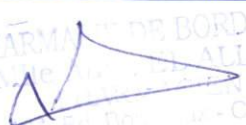


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/2022		C	110 DM	Dr. Mohamed BOURMANI 20, Angle Rues Ibn Khalouya, Rue Madrid Ners Sultan - Casa - 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
--	------	-----------------------

  
26/09/22 186 80  
INPE: 092016211

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

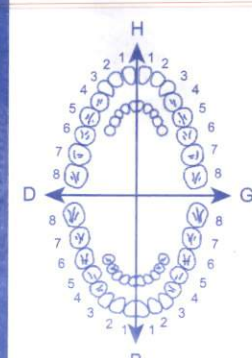
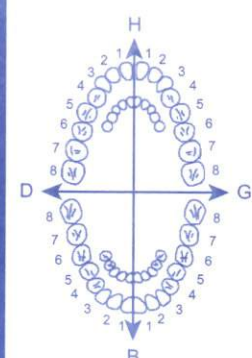
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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 - بتاتا 34450291

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

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

Casablanca, le 26/09/2021

M<sup>me</sup> SEGRATE  
Aïcha.

79,90

++

(27,00 x 2)

1) Natixan 1000 mg / Sup

1 cp matin

2) Aliviar 500 mg 26ls

1 cp matin et soir

52,90

3) Spamal

1 amp  
et soir

en vase

186,80

64, Bd. Boreaux - Casa  
Tél : 05 22 77 76 76

MERS SULTAN - CASABLANCA  
MERS SULTAN - CASABLANCA

الدكتور محمد  
BOURMANI  
20, rue Ibn Khalouya, Rue de Madrid  
Mers Sultan - Casa - Tél. : 0522 22 81 13  
Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214000025

14011124



6 118001 130184

**NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg**  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH



2100000415825100

27,00  
LOT: 05021072  
PER: 12/2026  
PPV: 27.00 DH

27,00  
LOT: 05021072  
PER: 12/2026  
PPV: 27.00 DH

52,90

LOT 241077 @

EXP 12/2014

REV 02/2011

30 أمبولة للشرب من فئة 10 مل

سياسماغ®  
مغنيسيوم

فطريات الخميرة