

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.

N° W19-466354

MP : 31561

Optique

Autre

Ben Abdellah

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9109

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZAYRANE Abdellah Idriss

Date de naissance : 17-02-65

Adresse : 18 Rue Amsterdam 3^e étage Appart 2

Tél. : 0522 42 07 02

Total des frais engagés : 474,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد بورمان

Dr. Mohamed BOURMANI

20, Angle Rues Ibn Khaldoune, Rue Madrid

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

Fax : 0522 22 81 14 - I.C.E : 001698214380075

Date de consultation : 16/03/2020

Nom et prénom du malade : M. ZAYRANE Abdellah

Age : 55 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Laryngite + colite spasmodique

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 : 16/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Zayrane

| 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 |
| 16/12/2020 | C | | 1500Dhs | INP : 091 038138 دكتور محمد بورمان Dr. Mohamed BOURMAN 20, Angle Rues Ibn Khaldoun, Rue Madrid Mers Sultan - Casa / tél : 0522 22 81 13 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 16/03/98 | 32470 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 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 | |
| | | | | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

الدكتور محمد بورمانى

خريج كلية الطب بباريس

أمراض القلب
نتوي - بارييس

العام

34450291

8 032578 479676

190895

2022/12

PPC : 89,50 DH

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

Casablanca, le

16/03/2020

PPV: 79DH70

PER:12/22

LOT:12771

LOT:19130 PER:10/2022
PPU: 21.00 DH

LÜT:19130 PER:10/2022
PPU:21,00 DH

LOT 069470/FC15
12/2022 PPC 59,50

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE
18 Rue Almeida Garrett, 1200-222 Lisboa
Nº 092000298
Tel: 21 75 22 83 02

2100 22

9 Dec 12

العنوان: 20, Angle Rues Ibn Khaldoun, Rue Madrid
Mers Sultan - Casa - Tel : 0522 22 81 13
Fax : 0522 22 81 14 - C.I.F. : 001698214/000025

Livian
1 fl
2 LDT:145 27.00
TEL:777-0274
F:27.00