

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0038292

Optique *173559* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *14230*

Société : *R.s.m*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HAMDADOUI Mohamed*

Date de naissance : *01/06/48*

Adresse : *1174 ALAMAL N° 127 - mohamedia*

Tél. *0766 041 726* Total des frais engagés : *568,40 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/07/2023*

Nom et prénom du malade : *HAMDADOUI Mohamed* Age : *75 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Ventricos + Alcool De laire*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *U*

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 : *18/07/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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.

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
18/07/2023	Docteur Houda Lot Makhoul 2 N° 228 app N 1 Deroua - Berrachid Tél : C522 51 59 13	CS	150,00	Docteur Houda Lot Makhoul 2 N° 228 app N 1 Médecine Générale Deroua - Berrachid Tél : C522 51 59 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CUSSA MAJCHA DR. FRUZI 10265 LOT 100149 DEROUA TEL: 05 22 01 49 50 FAX: 02 22 04 45</i>	18/07/23	418,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

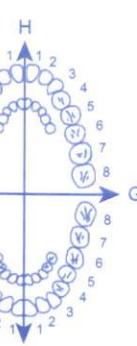
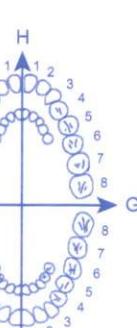
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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 canalaire, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Houda BOUANANE
Médecine Générale

Diplomée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بوعنان
الطب العام
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 18/07/2023

Mr HAMDAOUI Mohamed

50,10

TANGANIL 500
2 cp X3 / j, ap

S.VI

192,90
EUZOL 40mg
1gel/J le matin avt repas pdt 14 jours

S.VI

78,00

BETASERC 24
1 cp X2 / j

S.VI

92,00

OXYMAG 375mg
1cpX2/J pdt 15 jours

S.VI

75,50

BISPIRAZOLE 1,5 MUI
1 cp X 2/J

S.VI

PHARMACIE OUSSAMA AICHA.
LOT DR. Fauzi Youness
TEL: 05 22 51 49 56
INPE: 062103445

T: 418,40

PHARMACIE OUSSAMA AICHA.
DR. Fauzi Youness
LOT DEROUA N° 68.
TEL: 05 22 51 49 56
INPE: 062103445

Houda Bouanane
Médecine Générale
Maklouf 2 N° 228 app N° 1
Deroua - Berrchid
Tél: 05 22 51 59 13

تجزئة مخلف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد
Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid
E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

76150

P.P.V : 75 DH 50
PER : 06 / 25
LOT : M 1624

BISPIRAZOLE®

Bispirazole 1,5 Mg et Metronidazole 200 mg
15 Comprimés sécables



6 118000 040934

Euzol® 40mg

14 Gélules



6 118000 095316

LOT : 3163

PER : 03 - 26

P.P.V : 122 DH 80

BETASERC 24MG

CP B30

P.P.V : 78 DH 00



6 118000 012641

OXYMAG® 375 mg

Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vf 82. As

Lot / Batch n° : 23137

03/26

Exp. date : 92,00

PPC (DH) :



Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca

Tangamill 500mg cp b30

P.P.V : 50,10 DH



6 118001 183340