

## 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 - 8ème 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 N° P19-0047457  
RECEPTION 9

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9736 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : MALIKA EL HOUSSE  
 Date de naissance :  
 Adresse : Pole urbain Zone économique N° 1 P.E.B. 145  
 Tél. : 0606065158 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.08.2023  
 Nom et prénom du malade : EL HOUSSE Malika Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Inf. urinaire - DMSO + HPA  
 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 : 30/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/08/2023

Signature du Médecin :  
 Lot Makhlouf 2 N 228 app N 1  
 Deroua - Berrechid  
 Tél: 0522 51 59 13



### 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
30/08/2023	CS	17900		Makhoul Z N 228 app N 1
05/09/2023	CA	CA		Doroua - Berrechid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IN.P.E : 092066356	30-08-23	358,20
	05-09-23	292,00

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, 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	<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><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Diplômée 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, 05/09/2023

Mme EL HOUSSE Malika

28/9

GLUCOPHAGE 1000 MG

1/2 cp-----1cp -----0 (pendant 01 mois)

28/9

DIAMICRON 60 mg

1cp /J avt repas (pendant 01 mois)

128/9

MEDZAR 100mg

1cp/J (pendant 01 mois)

29/9

APADEX 1,5mg

1cp/J (pendant 01 mois)

29/9

Pharmacie Houda Bouanane  
Mme Houda Bouanane  
Médecine Générale  
Lot Maklout 2 N° 228 app N 1  
Deroua - Berrichid  
Tel : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Maklout 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrichid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

27/180 5  
78/20

LOT 230751  
EXP 04/2026  
PPV 28.00DH

128/100

29/30



**DR. Houda BOUANANE**

**Médecine Générale**

Diplômée 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, 30/08/2023**

**Mme EL HOUSSE Malika**

**SPECTRUM 500 B/10**

1 cp X2 /j, av rep

**URISPAS 200**

1 cp X2 /j

**BRÉXIN 20**

1 sach /j, mil dej

**MYDOFLEX 150mg**

1cp X3/J apres repas

**NESO 40 mg Bte/7**

1gel/J le matin avt repas pdt 7 jours

**Pharmacie l'arganier**  
Mme ECH-CHAHOUA  
EB 253 Pble Urdj  
Casablanca - Tel : 05 22 53 96 93

**Docteur Houda Bouanane**  
Médecine Générale  
Lot Makhlouf 2 N° 228 app 1  
Deroua - Berrechid  
Tel : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makloun 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

57,10  
EQ 22007  
PER NOV 25  
PPV 570H 10

EXP 221393 1  
EXP 05 2025  
PPV 62.50

24,50

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4019  
MFG: 07 2022  
EXP.: 07 2025  
PPV: 940hs00



LOT: M0952  
PER: 02/2025  
PPV: 69.800H