

# 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.

**Biologie 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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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**  
N° P19- 067096

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1373 Société : 44398

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : MAKARY ABDELRAHIM

Date de naissance : 1950

Adresse : DNA 250 Deroua

Tél. : 0667090809 0633532001 Total des frais engagés : 999,60 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Docteur Houda Bouanane, Médecine Générale, 2 N°228 app N°1, Lot Makhlouf - Berrechid, Tél. 0322 51 59 13

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : Mr MAKARY Abdelkader Age : 69

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : ACCUEIL 10/20

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



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/04/2020      | 202               | 5                     | 120,00                          | <p><b>Docteur Houada Boudia</b><br/> Médecine Générale<br/> Lot Makhlouf 2 N 228 app N°1<br/> Deroua - Berrechid<br/> Tel: 0522 51 59 13</p> |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <p><b>PHARMACIE M. S. 20</b><br/> LOT DERWA N° 20 ONA<br/> 05 22 51 51 90</p> | 29/04/2020 | 399,60 DH             |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

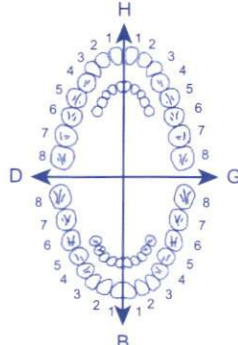
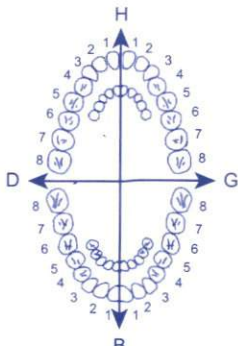
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| 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>   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | MONTANTS DES SOINS |
|   | H  | H                |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | 25533412   | 21433552         |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | D  | G                |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | B  | B                |             |                         |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                    |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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, 29/09/2020**

**Mr MARARY Abdelkadir**

13830  
9830  
99,00  
50,40  
193,60  
420,00  
399,60  
AUGMENTIN 500MG/62,50MG  
1 2 / jour, av rep, pdt 8 jours

ATHYMIL 30  
1 gél / j, le soir

OEDES 20 MG  
1 gél / j, av pet dej

MUSFON 80mg  
1cp X3/J

FOSAVANCE 5600 B/4  
1cp/semaine a jeun

LYRICA 150 MG B/56  
1 gél / j, ap diner, pd 5 js  
puis 1 gél 2 / j

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWAN° 20 ON  
05 22 51 51 90



98,30  
LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

LYRICA 150MG 56 gélules  
P.P.V : 420DH00

Dr. Houda Bouanane  
Médecine Générale  
Lot Makhlouf 2 N° 228 app N°1  
Deroua - Berrchid  
Tél : 0522 51 59 13

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