

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



N° 17871

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0013723**

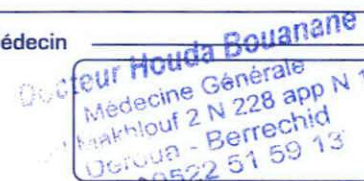
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MARARY Abdelhak Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARARY Abdelhak Date de naissance : 1950  
Adresse : Ons 28 Deroua  
Tél. : 0633533001 Total des frais engagés : 429,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2020  
Nom et prénom du malade : MARARY Abdelhak Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 9 Casa Le : 23/1/2020  
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 Praticien des Actes
14/01/2020		CS	120,00	 Dr. Houda Bouanane Médecine Générale Lot 2 N° 228 app N° 1 Cheroua Berrechid Tel : 0622 51 59 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/2020	429,20 dh.

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

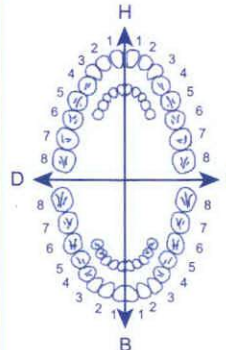
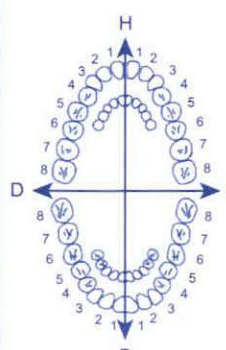
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000         </div> <div> <b>B</b>            21433552            00000000         </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>D</b>            00000000            35533411         </div> <div> <b>G</b>            00000000            11433553         </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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, 14/01/2020**

**Mr MARARY Abdelkabar**

**SPECTRUM 750**

1 cp 2 / j, av rep pdt 10 jours

**VOLTEFAST 50 MG**

1 sach 3 / j, ap

**VENTOLINE SPRAY**

1 app 2 à 4 / j,

**ALER-Z B/14**

1cp / j, ap pet dej



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



Poudre pour  
solution orale

PPV : 49,70 Dhs



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

Comprimés pellic

T: 180057 PER: 01-21  
PPV: 150,00DH

**أقراص مل**

LOT: 190988  
PER: 06-22  
PPV: 140,20DH

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

**PHARMACIEMORSL**  
**LOTOMANZODERWA**  
TEL 0522515190

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com