

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 09982			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : RAM
Nom & Prénom : SEABOUTI MOHAMMED			
Date de naissance : 30.01.1972			
Adresse :			
Tél. : 0267669231 Total des frais engagés : 150 + 3.95 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/09/2019		
Nom et prénom du malade :	Dr. Henda Bouanane		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Pharyngite		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### 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
13/09/2021	Consultation	160,00	INP : 061195012	Lot Mammologique - Dent générale - 228 - 228 end N 1 Takhliou - Benachid - Béchar - Béchar
21/09/2021	Consultation	160,00	INP : 061195012	Lot Mammologique - Dent générale - 228 - 228 end N 1 Takhliou - Benachid - Béchar - Béchar

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUAD EL HAÏK FOUAD PHARMACIEN Centre Commercial Derouad Tel. 0522 53 25 10 Fax. 0522 53 25 10	13/09/2021	395,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

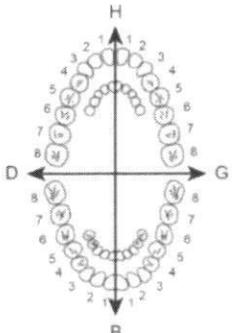
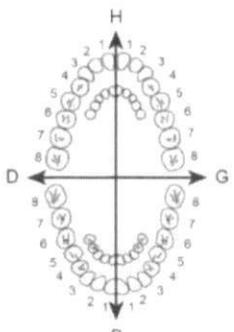
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Dent's Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																								
																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
D	00000000   00000000	B	35533411   11433553					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
				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 بو عنان  
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 13/09/2021

**Mme EL BASRI Hafida**

AFLOX 500 MG  
1 cp X2 / j, av

MUSFON 80mg  
1cp X3/J apres repas

SULPIDAL 50 MG B/20  
1 gélX 3 / j pdt 15 jours puis 1 gel X2/J pdt 1 mois

STIMOL  
1 amp 2 / j

TOTHEMA  
1 amp X3 / j (pendant 04 mois)

D-CURE 100.000  
1 amp par semaine, pendant 1 mois

PHARMACIE DEROUA  
EL HAÏK FOUAD  
PHARMACIEN  
Centre Commercial Deroua  
16, 0522 53 21 77 / Fax: 0522 53 25 11

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

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

SMB



Ergo Maroc

Importé par :

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.  
Les laboratoires ERGO MAROC

Vitamine D3

Cholecalciferol 100 000 UI

# D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 21F22

EXP: 06/2024



43,00

# طوط هيما

الحديد - المنغنيز - النحاس



TOT'HEMA  
AMP BUV 10ML B20

6 1118000-0111712

# SULPIDAL®

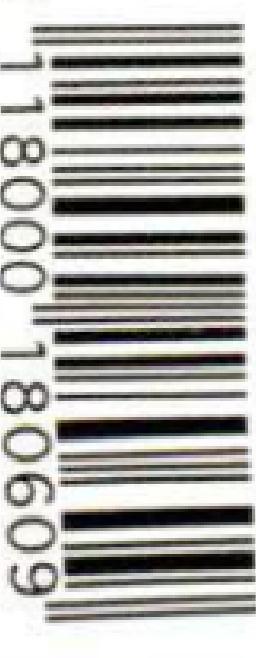
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000 180609



Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER

19.20.

# SULPIDAL®

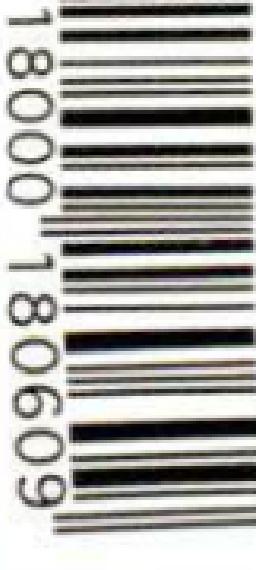
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000180609



PPV 19.20

Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER

# SULPIDAL®

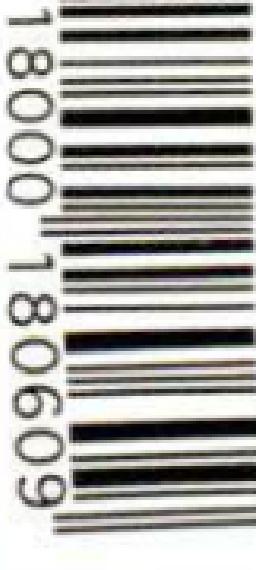
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000180609



PPV 19.20

Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER

# SULPIDAL®

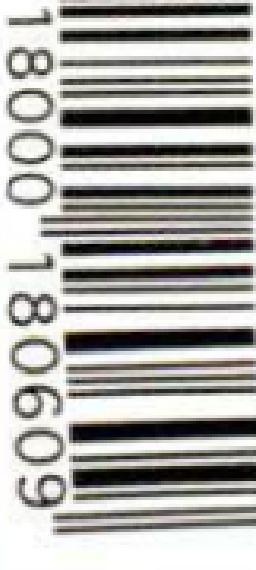
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000180609



PPV 19.20

Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER

# SULPIDAL®

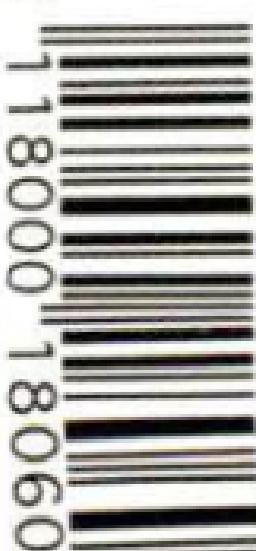
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000 180609



0

Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER

19.20.

# SULPIDAL®

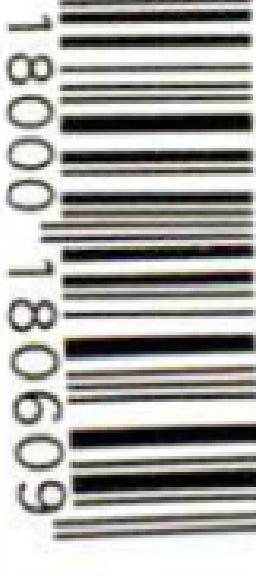
50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules

6 118000180609



PPV 18.20

Voie orale  
20 gélules

PPV

LOT

PER



عن طريق ائمه

الله  
بسم الله الرحمن الرحيم  
بسم الله الرحمن الرحيم  
بسم الله الرحمن الرحيم  
**٥٠٠**  
**مليون**  
**ليرة**  
سيبروفلوروكساسيين  
١٠ أفراد ملبيه

٦٥,١٥

PPV

LOT

PER



**Musfon 80mg**

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



ج.واجدي صيدلي مسؤول

# موسفون

80 ملجم

فلوغوكلسنوول

الم تشنجي في الأمعاء.  
القنوات الصفراوية والمثانة البولية والرحم.

LOT : M0525  
PER : 03/2024  
PPU : 33,00DH



20 قرص متحلل  
عن طريق الفم

בְּשִׂירָה

יְמִינָה 20

אַתָּה

בְּשִׂירָה



LOT: 0346  
PER: 07 2024  
PPV: 46.00DH

**STIMOL®**

20 ampoules buvables  
de 10 ml



6 118000 370017