

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-621896

96307

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10135 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAWARY Amin

Date de naissance : 14/11/75

Adresse :

Tél. : 060662777 Total des frais engagés : 237,1

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2021

Nom et prénom du malade : ZAWARY Amin 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 18/10/21 Le : 18/10/21

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	21	2	228 app N 1	INP : 061105012
				Docteur Houba Bouahane
				Medecine Générale
				Lot Makhiouf 2 N 228 app N 1
				Daroua - Berrechid
				Tel : 0522 61 59 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

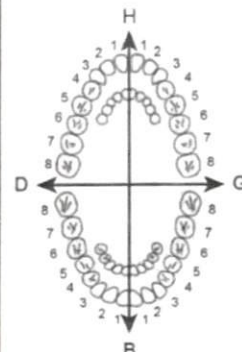
Date	Montant de la Facture
18.10.21	211.10
	INPE : 06 20 74 810

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

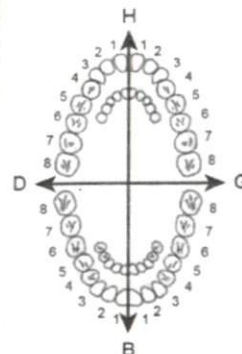
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

**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, 18/10/2021**

**Mme ZANARY Amina**

74,60 ERLUS 5mg B/28

1 cp / j, le soir

16,00 ANDOL C 500 MG

1 cp 3 / j, ap

40,80 SPASMOMEN 40mg

1cp X3/J

39,00 EUCARBON

1 cp 3 / j, mil rep

39,10 FUCIDINE 2%

1 app 2 / j

14,00 HÉXOMÉDINE

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BELLOUJ  
Imm. 94, Lot Maklout 2 N° 228  
Tél: 05 22 51 47 07

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

217,10

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BELLOUJ  
Imm. 94, Lot Maklout 2 N° 228  
Tél: 05 22 51 47 07

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