

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-621882

96318

A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10735	Société : RAC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAFARAY Amin		
Date de naissance : 14/11/75		
Adresse :		
Tél. 066627272 Total des frais engagés : 545,4		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	Docteur Houda FAYEZ Médecine Générale Lot Makhlouf 2 N° 28 app N° 1 Deroua - Benrechid tel. 0522 51 59 13	
Date de consultation :	18/09/2021	
Nom et prénom du malade :	ZAFARAY	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Rhinitis Allergique	
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'adjudicataire. Tel. 0522 51 59 13		

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/2021

## **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
18/09/2021	12 N° 228 app	212 N° 228 app	2170 DT	INP : 061195012
				Docteur Houda Bouanani Médecine Générale N° 228 app

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONAL SAIDI BEN MELLOUN Imm. 94, Lot N°1 N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	13.9.93	499,110

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

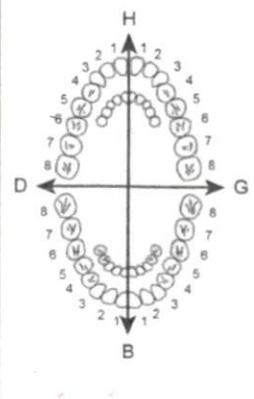
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

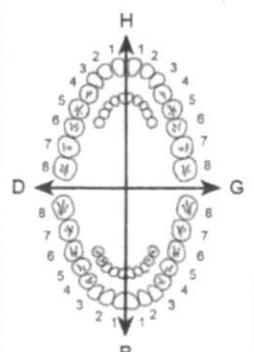
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

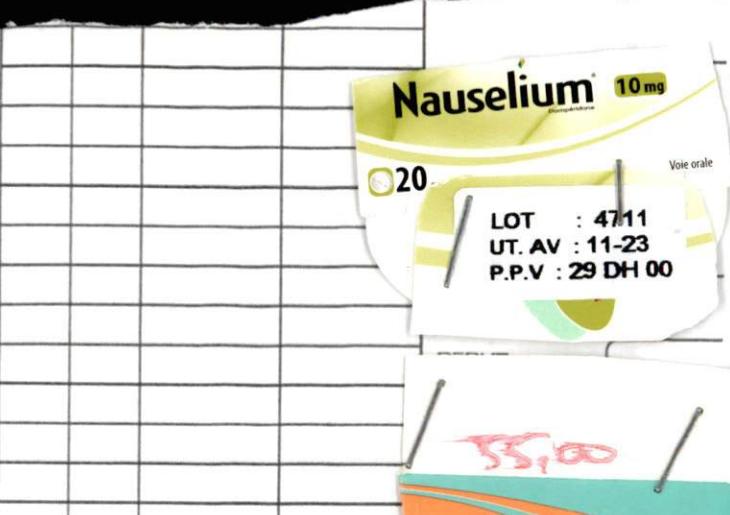
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



**DR. Houda BOUANANE**

**Médecine Générale**

Diplômée 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, 18/09/2021

**Mme ZANARY Amina**

55.00 AMOXIL DISP 1G  
1 cpX 2 / j, av

23.50 RINOMICINE  
1 sach 3 / jour

55.00 BIOMYLASE  
1 cp 3 / j, ap

18.20 LOREUS 5mg B/30  
1 cp / j, le matin

189.50 FORACORT 200  
1 appl X2/J

69.00 NAUSELIUM 10 mg  
1 cpX 3 / j, 15' av rep

429.40

Dr. Saad BEN ELLOUNI LA PHARMACIE REGIONALE  
imm. 94, lot 101 n° 14 DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

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

GTIN 18901117248832  
LOT 1B10305  
EXP 03/2023  
S/N 60316119205719

PPV : 189 DH 50

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